



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisen kehittäminen Töölön sairaalan Palovammaosastolla

- potilaan siirtyminen tehohoidosta
vuodeosastokuntoiseksi

Juutilainen, Riina

Summala, Saara

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Kirjaamisen kehittäminen Töölön sairaalan Palovamma-
osastolla
-potilaan siirtyminen tehohoidosta vuodeosastokuntoi-
seksi

Juutilainen, Riina
Summala, Saara
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Juutilainen, Riina
Summala, Saara

Kirjaamisen kehittäminen Töölön sairaalan Palovammaosastolla
- potilaan siirtyminen tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi

Vuosi	2011	Sivumäärä	58
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Hyks-sairaanhoitoalueen kirurgian toimialan ja Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön laadunkehittämishanketta vuosina 2007-2012. Pääsimme mukaan Töölön sairaalan Palovammaosaston hankkeeseen.

Tarkoituksena hankkeessa oli kirjaamisen kehittäminen sekä suositeltavien kirjaamiskäytäntöjen laatiminen. Tavoitteenamme oli luoda yhtenäinen kirjaamismalli vaiheeseen, jossa potilas siirtyy tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi osaston sisällä. Laatiimme suositeltavat kirjaamiskäytännöt koskevat siirtymävaiheessa tarpeellisten tietojen välittymistä sekä vuodeosastokuntoisen potilaan tietojen päivittäistä kirjaamista.

Suomessa sattuu vuosittain 40-60 vaikeaa palovammaa, jotka vaativat tehohoitoa. Suurin osa niistä hoidetaan Helsingin ja Kuopion yliopistollisissa sairaaloissa, joissa sijaitsevat Suomen kaksi palovammahoitoon erikoistunutta yksikköä. Palovammapotilaan hoito on pitkä prosessi. Paraneminen voidaan jakaa akuuttivaiheeseen, haavavaiheeseen ja kuntoutusvaiheeseen.

Viitekehyksenä opinnäytetyössämme käytimme Nancy Roperin, Winifred W. Loganin ja Allison J. Tierneyn kehittämää elämisen toimintoihin perustuvaa hoitotyön mallia. Kirjaamiskäytäntöemme perustuvat näihin elämisen toimintoihin, jotka sovelsimme koskemaan palovammapotilaan hoitoa.

Opinnäytetyöprosessimme kesti noin vuoden verran ja se toteutettiin syyskuu 2010 - joulukuu 2011 välisenä aikana. Prosessiin sisältyi olennaisena osana työharjoittelumme Töölön sairaalan palovammaosastolla.

Asiasanat: palovamma, tehohoito, palovammapotilas ja kirjaaminen

Juutilainen, Riina
Summala, Saara

Developing documentation of patient information in the Töölö Hospital Burn Unit
- The phase when a patient is referred from intensive care to the ward

Year	2011	Pages	58
------	------	-------	----

This thesis is part of the quality development project between Laurea University of Applied Sciences and the surgical field of the Helsinki University Central Hospital (HUCH) as well as Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) between 2007-2012. It is a project with the Töölö Hospital Burn Unit.

The purpose of this project was to improve documentation of patient information and to create recommended practices for how to document important information. The aim was to produce integrated model of documentation for the phase when a patient is moved from intensive care to the ward inside the Burn Unit. The integrated model of documentation concerns transmitting necessary patient information in the moving phase and daily documentation of the ward patient information.

In Finland yearly 40-60 people suffer serious burns which need an intensive care setting. Most of them are treated in University Hospitals of Helsinki and Kuopio where two Finland's Burn Units are located. Treating a burn patient is a long process. Healing can be divided in an acute phase, a wound phase and a rehabilitation phase.

Nancy Roper's, Winifred W. Logan's and Allison J. Tierney's model of nursing which includes activities of daily living was applied in this thesis. The model of documenting patient information is based on these activities of daily living which were adapted to concern burn patient care.

The process of making this thesis lasted for about a year. It started in September 2010 and was finished in December 2011. An important part of this process was practical training periods in the Töölö Hospital Burn Unit.

Keywords: burn, intensive care, burn patient, documentation

Sisällys

1	Projektin tausta.....	7
1.1	Palovammat ja niiden hoito.....	12
1.1.1	Palovamman ensihoito	13
1.1.2	Palovammahaavan paikallishoito	14
1.1.3	Infektoitunut palovammahaava.....	14
1.1.4	Ihonsiirteen ja ihon ottokohdan hoito	15
1.2	Tehohoito.....	16
1.3	Palovammapotilaan hoito.....	17
1.3.1	Nestehoito tehohoitovaiheessa ja ravitsemus.....	17
1.3.2	Hengitys ja kaasujenvaihto	19
1.3.3	Sedaatio ja analgesia tehohoitovaiheessa	19
1.3.4	Psyykkinen kriisi	20
1.3.5	Fyysinen kuntoutus.....	21
1.3.6	Potilaan siirto vuodeosastokuntoiseksi Palovammaosastolla	23
1.4	Kirjaaminen	23
1.4.1	Eettiset velvoitteet	27
2	Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	27
3	Projektin toteuttaminen	28
3.1	Palovammaosaston kuvaus ja projektiorganisaatio	28
3.2	Projektin organisaatiokaavio.....	30
3.3	Opinnäytetyön eteneminen	31
4	Projektin tuotos.....	33
4.1	Turvallisen ympäristön ylläpitämiseen liittyvät kirjaamisohjeet	33
4.2	Viestimiseen liittyvät kirjaamisohjeet	34
4.3	Hengittämiseen liittyvä kirjaamisohje	35
4.4	Syömiseen ja juomiseen liittyvä kirjaamisohje	36
4.5	Erittämiseen liittyvät kirjaamisohjeet	36
4.6	Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtimiseen liittyvät kirjaamisohjeet.....	38
4.7	Kehon lämmöstä huolehtimiseen liittyvä kirjaamisohje	38
4.8	Liikkumiseen liittyvät kirjaamisohjeet	39
4.9	Työskentelemiseen, harrastamiseen ja leikkimiseen liittyvät kirjaamisohjeet.....	40
4.10	Sukupuolisuuden ilmaisemiseen liittyvät kirjaamisohjeet	41
4.11	Nukkumiseen liittyvä kirjaamisohje	42
4.12	Kuolemiseen liittyvät kirjaamisohjeet	42
5	Projektin arviointi	43
5.1	Oma oppiminen.....	44

Lähteet	45
Liitteet.....	49
Liite 1. Palovamma status-kaavake.....	49
Liite 2. Haavan seurantakaavake.....	50
Liite 3. Suomen Tehohoitoyhdistyksen yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa	51
Liite 4. Kliinisen tilan seuranta-kaavake.....	54
Liite 5. Päivittäinen hoitosuunnitelma-kaavake.....	55
Liite 6. Tutkijan taulukko	56

1 Projektin tausta

Opinnäytetyömme on osa Laurea Tikkurila ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgian toimialan hoitotyön laadunkehittämishanketta vuosina 2007-2012. ”Hankkeen tarkoituksena on näyttöön perustuvan, kehittämishankkeissa tapahtuvaan oppimisen avulla yhteistoiminnallisesti Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa verkostoituen kehittää hoitotyön laatua Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) HYKS-sairaanhoitoalueen Kirurgian toimialalla.” (Liljeblad 2007:6) Opinnäytetyömme tehtiin yhteistyössä Töölön sairaalan Palovammaosaston kanssa. Tuotoksena syntyivät suositeltavat kirjaamiskäytänteet vaiheeseen, jossa palovammapotilas siirtyy tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi. Siinä vaiheessa potilastietojen kirjaaminen siirtyy sähköisestä kirjaamisohjelmasta (Care Suite) paperille käsin kirjaamiseen. Kirjaamisohjeet koskevat myös vuodeosastokuntoisen palovammapotilaan päivittäisen hoidon kirjaamista.

Suomessa sattuu vuosittain 40-60 vaikeaa palovammaa, jotka vaativat tehohoitoa. (HUS 2010) Suurin osa näistä hoidetaan Helsingin ja Kuopion yliopistollisissa sairaaloissa. Niissä sijaitsevat Suomen kaksi palovammahoitoon erikoistunutta yksikköä. (Vuola 2001:338)

Viitekehyksenä opinnäytetyössämme käytimme Nancy Roperin, Winifred W. Loganin ja Allison J. Tierneyn kehittämää elämisen toimintoihin perustuvaa hoitotyön mallia. Ensimmäisen kerran se julkaistiin vuonna 1980 (Roper, Logan & Tierney 2000:1). Elämisen toiminnot on jaettu 12 toimintoon ja niihin jokaiseen sisältyy monta ulottuvuutta. (Roper, Logan & Tierney 1992:26) Mallin perusta on vahvasti käytännössä, sillä se on alun perin kehitetty empiirisen tutkimuksen pohjalta. Malli on laaja, joustava ja pelkistetty. Sitä voidaan soveltaa suoraan käytäntöön sekä käyttää apuna yksilöllisen kokonaishoidon toteutuksessa. (Mölsä 1991:7) Valitsimme tämän mallin työhömmä sen joustavuuden ja sovellettavuuden vuoksi. Palovammaosaston osastonhoitaja suositteli käytettäväksi mallia palovammapotilaan hoitotyön kirjaamisessa.

Turvallisen ympäristön ylläpitäminen

Turvallisen ympäristön ylläpitäminen on edellytyksenä hengissä säilymiselle ja elämisen toimintojen suorittamiselle. Tämän turvallisuuden eteen tehdään joka päivä asioita, mutta siihen ei kiinnitä huomiota, sillä se tapahtuu niin rutiininomaisesti. Esimerkiksi kotona ehkäistään onnettomuuksia säilyttämällä myrkylliset aineet turvallisessa paikassa. Onnettomuuksia ehkäistään matkoilla, harrastuksissa, työssä ja lasten leikeissä. Teillä ja työpaikoilla turvallisuuden ylläpitäminen ei ole vain kansalaisten vastuulla. Valtiovalta huolehtii siitä lainsäädännöillään ja toimenpiteillään. (Roper ym. 1992:26.) Palovammaosastolla turvallista ympäristöä ylläpidetään vuodeosastokuntoisen potilaan kohdalla soittokellon avulla. Sängynlaitoja pidetään ylhäällä levottomilla potilailla sekä potilailla, joilla on riski pudota sängystä. Turvalli-

suutta lisää se, että osastolla on sairaanhoitajia ympäri vuorokauden ja lääkäri on aina tavoitettavissa. Potilasturvallisuutta parantaa lääkelistan ajan tasalla pitäminen, sekä tieto potilaan hoitoa koskevista suunnitelmista.

Viestiminen

Viestiminen tavalla tai toisella muiden ihmisten kanssa kuuluu olennaisesti ihmiselämään. Sanallinen viestintä ei ole ainut viestimistapa. Sanallisen viestinnän ohella käytetään sanatonta viestintää, kuten ilmeitä ja eleitä viestimistä. Koskettaminen on myös tärkeä viestinnän väline. Viestiminen tekee mahdolliseksi erilaiset ihmissuhteet, jotka kuuluvat elämän perusolentuuksiin. (Roper ym. 1992:27) Palovammaosastolla pyritään kertomaan potilaalle etukäteen tulevista hoitotoimenpiteistä ja suunnitelmista. Potilaan halutessa psykiatri, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori tarjoavat keskusteluapua. Potilaan omaisia pidetään ajan tasalla antamalla oleellista informaatiota. Sairaanhoitajien tiedossa tulee olla ne omaiset, joille saa antaa potilasta koskevia tietoja.

Hengittäminen

Kaikki elämisen toiminnot ovat riippuvaisia hengittämisestä. Ensimmäinen elämisen toiminto vastasyntyneellä on hengittäminen. Hengittämisen huomaa silloin, kun siinä on jotain poikkeavaa. Ehdottoman tärkeä elimistön kaikille soluille on happi. (Roper ym. 1992:27) Palovammaosastolla vuodeosastokuntoisen potilaan hengitystä seurataan havainnoimalla sekä tarvittaessa SpO₂-mittauksilla. Potilaalla saattaa olla käytössä happiviikset tai happimaski. Lisähapen tulee olla kostutettua, jotta se ei kuivata potilaan hengitysteitä. Pulloon puhallusharjoitukset kuuluvat potilaan kuntoutukseen.

Syöminen ja juominen

Tämä toiminto on edellytys elämälle. Tämä on aikaa vievä toiminto, sillä ruoka on aterioinnin lisäksi hankittava ja valmistettava. Sosiaalikultuurisilla tekijöillä on vaikutus ateriointitapoihin sekä ruokien ja juomien valintoihin. (Roper ym. 1992:27.) Palovammaosastolla potilaalle on usein asetettu proteiini- ja kaloritavoite. Käytössä voi olla myös nestelista. Potilaan ruoka-aineallergiat, ruokailussa tarvittavat apuvälineet ja mieleiset ruoat otetaan huomioon. Ravitsemuksen tukena potilaalle voidaan antaa esimerkiksi runsasenergisiiä lisäravinnejuomia.

Erittäminen

Erittäminen on elämälle välttämätön toiminto. Kun monet elämisen toiminnot suoritetaan muiden seurassa, niin tämä toiminto suoritetaan yleensä yksin. Tähän toimintoon liittyykin monia vahvoja asenteita ja tabuja. (Roper ym. 1992:27.) Palovammaosastolla vuodeosastokuntoisella potilaalla saattaa joissain tapauksissa olla vielä virtsakatetri. Useimmiten kuitenkin potilas käy wc:ssä, virtsaa pulloon, käyttää alusastiaa tai vaippaa. Jos mahdollista, diureesia seurataan kaksi kertaa vuorokaudessa. Vatsantoiminta ja siihen liittyvät lisähuomiot

merkitään. Joskus potilas tarvitsee laksatiiveja tai vatsantoimitusta. Vuodeosastokuntoisen palovammapotilaan hoidossa palovammahaavanhoito on suuressa roolissa. Jokaisella haavanhoidolla tehdään havaintoja haavasta sekä mahdollisista infektion merkeistä. Haavoilta otetaan tarvittaessa bakteeriviljelyitä. Haavanhoidot on suunniteltava etukäteen, ja suunnittelua helpottaa kun tiedossa on tarvittavat haavanhoitotuotteet sekä minkä verran potilas on aikaisemmin tarvinnut kipulääkettä haavanhoitoja varten. Palovammaosastolla on käytössä kaavake, joka päivitetään aina haavanhoidon jälkeen. Kaavakkeeseen merkitään käytetyt hoitoteriaalit, palovammahaavojen sijainnit sekä havainnot haavoista. Palovammaosastolla palovammahaavojen paranemisprosessia seurataan säännöllisin väliajoin otettavilla valokuvilla.

Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen

Tämän toiminnon normit ja taso vaihtelevat eri kulttuureissa, mutta useimmissa kulttuureissa sitä kuitenkin arvostetaan. Yleensä ihmiset ovat kiinnostuneita ulkonäöstään, mutta on myös sosiaalinen velvollisuus huolehtia vaatetuksesta ja puhtaudesta. (Roper ym. 1992:27-28.) Palovammaosastolla vuodeosastokuntoista potilasta tuetaan omatoimisuuteen. Tarvittaessa sairaa hoitaja auttaa peseytymisessä ja pukeutumisessa. Palovammapotilaan ihon kuntoa seurataan ja ihoa rasvataan/öljytään säännöllisesti. Potilaalla voi olla käytössä painetekstiilejä arven liikakasvun ehkäisemiseksi. Tuolloin niitä tulee käyttää ympäri vuorokauden, lukuunottamatta hygienian hoitoon kuluva aika.

Kehon lämmöstä huolehtiminen

Ulkoilman lämpötilan vaihtelusta huolimatta ihminen pystyy pitämään kehonsa lämpötilan melko vakiona. Kudokset tuhoutuvat nopeasti jos ne joutuvat alttiiksi kovalle kylmyydelle tai kuumuudelle. Kehonlämmön säätely on autonomista, ihminen suorittaa monia toimenpiteitä suojatakseen itseään kuumalta tai kylmältä kuten lisäämällä/vähentämällä vaatetta, lämmityksellä/tuuletuksella. (Roper ym. 1992:28.) Palovammaosastolla vuodeosastokuntoiselta potilaalta mitataan lämpö joka työvuorossa. Palovammapotilaan iho aistii herkemmin, joten hän on herkästi viluinen. Tarvittaessa potilasta voidaan lämmittää lämpökatoksen avulla tai lämmitetyllä peitolla.

Liikkuminen

Pitkäaikainen liikkumisen estyminen tai vaikeutuminen johtaa tuhoisiin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin seurauksiin. Tämä toiminto on selkeästi yhteydessä muihin elämisen toimintoihin. (Roper ym. 1992:28.) Palovammaosastolla vuodeosastokuntoisen potilaan kuntoutuksen suunnittelee fysioterapeutti yhdessä toimintaterapeutin kanssa. Potilaan hoidossa on tärkeää noudattaa heidän sekä plastiikkakirurgin antamia liikkumiseen liittyviä hoitomääräyksiä. Potilaalla voi olla käytössä tukilastoja tai -sidoksia. Liikkumisluvat on kirjattava selkeästi, esimerkiksi onko potilas vuodepotilaana, saako liikkua pyörätuolilla tai saako jo seisoa ja kävellä. Potilaan raajoja täytyy usein pitää kohoasennossa/ripustuksessa tai jossain tietyssä asennossa. Poti-

laan liikkumisessa huomioidaan avuntarve; tarvitseeko potilas hoitajan tukea vai pystyykö liikkumaan itsenäisesti. Potilaalla voi olla käytössä liikkumisen apuvälineitä, kuten pyörätuoli, kyynärsauvat, Eva-teline tai rollaattori. Apuvälineiden oikea ja turvallinen käyttö edellyttää, että potilas on saanut ohjausta.

Kivunhoito on palovammaopotilaiden kohdalla erittäin tärkeää. Potilaalta kysytään hänen omaa arviota kivuistaan. Kivun voimakkuutta voidaan selvittää esimerkiksi kysymällä onko potilas kivuton, tai onko hänellä lievää, kohtalaista, voimakasta tai sietämätöntä kipua. (Heinonen 2007). Potilaan tarvitsemasta lääkityksestä tulee tehdä merkintä, jossa näkyy lääkkeenantoaika, lääkkeen antaja, lääke, määrä ja antotapa. On tärkeää kysyä potilaalta kipulääkkeen antamisen jälkeen onko sillä ollut vastetta ja kirjata tästä myös potilaspapereihin.

Työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen

Useimmiten ihmiset työskentelevät, harrastavat tai leikkivät ollessaan valveilla. Leikkimistä kutsutaan lapsen työksi. Työskentelyllä aikuiset rahoittavat elämänsä ja vapaa-ajan toimintaa. Ihmisille työskentely ja harrastaminen merkitsevät eri asioita. Haasteiden ja tavoitteiden saavuttaminen työssä ja harrastuksissa tuo tyydytystä. Työhön sekä harrastuksiin liittyy fyysistä ja psyykkistä toimintaa, joka vaikuttaa myönteisesti yleiseen terveyteen. Vastaavasti haitallisesti fyysiseen terveyteen vaikuttaa pakollinen töistä luopuminen sekä riittämätön harrastaminen. Ihmiselle on myös tärkeää kuulua työ-/harrastusyhteisöön. (Roper ym. 1992:28.)

Tapaturma on saattanut vaikuttaa potilaan elämään monella eri tavalla sairaalaan joutumisen ja vakavan loukkaantumisen lisäksi. Palovammaosastolla potilaalla on mahdollisuus tavata sosiaalityöntekijää, joka auttaa järjestelemään asioita esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan asunto on tuhoutunut tulipalossa. Lääkäri kirjoittaa työssä käyvälle potilaalle sairaalomatodistuksen.

Sairaalassa potilaan elämä pyörii potilashuoneen ympärillä. Harrastaminen on rajallista, mutta potilaan on hyvä löytää itselleen mieluisaa ajanvietettä. Television katselu, lukeminen, ristikoiden tekeminen tai muu toiminta voi saada potilaan ajan kulumään nopeammin ja ajatukset muualle. Voinnin salliessa potilas voi poistua osastolta esimerkiksi käymään kanttiinissa. Palovammaosastolla hoidetaan yli viisivuotiaita potilaita. Lapsipotilaan erityistarpeet aktiviteettien suhteen on hyvä ottaa huomioon. Palovammaosastolla lapsipotilailla on mahdollisuus esimerkiksi pelata Wii-konsolipeliä tai katsella mieluisia dvd-elokuvia. Lapsipotilaan kuntoutus voidaan toteuttaa osaksi leikin varjolla, kuten palloa heittelemällä. Leikki sopeuttaa lasta sairaalassa oloon, tuo mielihyvää ja iloa, ja antaa voimavaroja vaikeistakin tilanteista selviytymiseen. Leikkiminen myös suuntaa ajatuksia pois sairaudesta ja edistää lapsipotilaan toipumista ja kuntoutumista. (Iivanainen & Syväoja 2008:24).

Sukupuolisuuden ilmaiseminen

Tämän päivän elämässä sukupuoliuudella on tärkeä osuus. Tavallisesti sukupuoliyhteys on se toiminto joka yhdistetään seksuaalisuuteen. Seksuaalisuutta voidaan ilmaista muinkin tavoin.

Mies- ja naissukupuoli eivät ilmene pelkästään ulkonäössä vaan myös pukeutumisessa, viestinnässä, perhe- ja sosiaalisissa rooleissa ja suhteissa. (Roper ym. 1992:28)

Potilaalle voi olla kiusallista ottaa apua vastaan esimerkiksi intiimihygienian hoidossa. Potilaan annetaan itse hoitaa peseytyminen aina kun hän siihen kykenee. Erityisen ujon tai kiusaantuneen potilaan kohdalla on hyvä, että häntä hoitaa samaa sukupuolta oleva sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja osaa omalla potilasta kunnioittavalla asenteellaan näyttää, että kyseessä on aivan normaali tapahtuma. Potilaan mieltä askarruttavista sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista on hyvä keskustella hänen kanssaan. Jos palovamma on genitaalialueella, sillä on vaikutusta potilaan sukupuolielämään.

Nukkuminen

Vastasyntynyt nukkuu suurimman osan ajastaan ja aikuiset nukkuvat noin kolmasosan elämästään. Nukkumisen aikana solut uusiutuvat ja kasvavat. Unen aikana ihminen vapautuu stressistä. Liian vähäinen nukkuminen tuo uupuneen ja epämukavan olon. Univajauden ollessa pitkäaikainen on sillä monia haitallisia vaikutuksia. (Roper ym. 1992:28-29) Nukkuminen on toiminto, joka häiriintyy herkästi. Potilas ei välttämättä nuku hyvin sairaalassa vieraan ympäristön, äänien, valojen tai muiden tekijöiden vuoksi. Palovammaosastolla vuodeosastokuntoisia potilaita sijoitetaan joskus samaan huoneeseen. Jokaiselle pyritään kuitenkin rajaamaan oma alue ja rauha, esimerkiksi sermien tai verhojen avulla. Potilaiden uni-valve-rytmi pyritään pitämään normaalina. Potilaalta on hyvä kysyä kuinka hän kotona nukkuu, ja tarvitseeko nukuttamis- tai unilääkettä yötä varten.

Kuoleminen

Ihminen ei ole pelkästään tietoinen omasta kuolevaisuudestaan vaan myös siitä, että heille rakkaat ihmiset kuolevat joskus. Sanotaankin että sitoutumisen hinta on suru. Kuolemiseen liittyy kiinteästi sureminen. Tässä elämän toiminnossa ei ole kysymys pelkästään kuolemistapahtumasta vaan koko prosessista. (Roper ym. 1992:29) Kun sairaalassa tulee tilanne, jossa potilaan hoitoa on päädytty rajaamaan, täytyy potilaspapereihin kirjata seuraavat asiat: perustelut hoitolinjauksen valintaan ja hoidon rajaamiseen, keskustelut potilaan ja tämän omaisten kanssa, saattohoitosuunnitelma ja hoitolinjauksen päättäneiden lääkäreiden nimet sekä päivämäärä. Potilaan hoitotahto täytyy selvittää ja sen mukaisesti on toimittava. Jos potilaan hoitotahto ei ole selvillä eikä potilas itse pysty sitä ilmaisemaan, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultavasta asiasta liittyen ennen hoitopäätöksen tekoa. (Karvonen 2008:2-3.) Potilaan kuollessa Palovammaosastolla on toimittava yleisten ohjeiden mukaan ja myös kirjattava siitä tarkasti. Potilaan kuolemasta ilmoitetaan päivystysaikana päivystävälle anestesia- ja plastiikkakirurgille. Omaisten informointi viiveettä on tärkeää. Palovammapotilaan kuollessa asiasta ilmoitetaan traumapaikkakunnan poliisin väkivaltaajaosastolle. Vainajan laitto tehdään yleisen käytännön mukaan potilasta kunnioittaen. Palovammaosastolta vainaja siirretään kappeliin vainajan laitton jälkeen. Mikäli potilaan

omaiset haluavat nähdä vainajan, työvuorossa oleva sairaanhoitaja lähtee mukaan. Lääkärin todettua kuoleman, kuolinaika kirjataan potilaspapereihin ja paperit jäävät Palovammaosastolle odottamaan oikeuslääketieteenlaitoksen pöytäkirjaa. Kuolinajan toteamisen jälkeen infuusiot suljetaan, kaikki dreenit, kanyylit ja katetrit korkataan sekä jätetään vainajaan. Obron-järjestelmään tehdään potilaan uloskirjaus. (Rantala ym. 2010:71)

1.1 Palovammat ja niiden hoito

Palovammoja voi syntyä erilaisilla vammamekanismeilla. Yleisimpiä ovat kuumavesivamma, liekkivamma sekä kontaktivamma. Lisäksi palovamma voi aiheutua sähkövirrasta ja palovammaan rinnastettava vaurio kemiallisista aineista. Vakavimmat liekkivammat syntyvät asunto-paloissa, ja niihin saattaa liittyä myös tilannetta pahentava hengitystiepalovamma. (Vuola 2002:126-127)

Palovamma on ihon tai sen alaisten kudosten vaurio, joka syntyy lämmön, sähköön tai kemiallisten aineiden vaikutuksesta. Palovammojen luokittelu selkeyttää hoitolinjan valintaa sekä auttaa eri hoitomuotojen vertailua toisiinsa. Erityyppiset palovammat paranevat eri tavoin, ja oikean palovammahaavan hoidon perustana on näiden eri mekanismien ymmärtäminen. Perinteisesti palovammat on jaettu kolmeen asteeseen. (Vuola 2002:125)

Ensimmäisen asteen vamma ulottuu ihon uloimpaan osaan eli epidermikseen. Iho on tällöin punoittava eikä rakkuloita muodostu. Vamman paranemiseen kuluu noin viikko, eikä arpia jää. Pinnallinen toisen asteen vamma ulottuu verinahan (dermiksen) ylempiin kerroksiin. Ihoon syntyy rakkuloita, joiden alla on hyvin arka ja punoittava verinahka. Haava paranee noin kahdessa viikossa epidermisen ja dermisen rajalla olevasta basaalisolukerroksesta. Epidermis uusiutuu täydellisesti lyhyessä ajassa. Toisen asteen pinnallinen palovamma hoidetaan konservatiivisesti ilman ihonsiirtoleikkausta. (Vuola 2002:125)

Toisen asteen syvän vamman vauriot ulottuvat syvemmälle dermikseen ja tuhoavat basaalisolukerroksen. Ensimmäisinä päivinä palovamman iho on todella arka ja punoittaa. Se on merkki toimivasta verenkierrasta. Aluksi ihoon syntyy rakkuloita, ja muutamien päivien päästä palovammaan muodostuu dermisen tuhoutumisen seurauksena vaaleaa, katteista kuollutta kudosta. Palovamma paranee viikkojen kuluessa ihon apuelimiä ympäröivän epiteelikerroksen soluista pistemäisinä saarekkeina. Useimmiten tällaista palovammaa hoidetaan poistamalla kuollut kudos kirurgisesti ja ihonsiirrolla. (Vuola 2002:125-126)

Palovamman ulottuessa ihon läpi jopa lihaksiin ja luuhun saakka, kyseessä on kolmannen asteen palovamma. Haavan väri vaihtelee mustasta vihreään tai harmaaseen. Iho on tunnoton tuhoutuneiden hermopäätteiden ja reseptoreiden takia, eikä rakkuloita synny. Syvä vamma

voi parantua konservatiivisesti rajoitetun matkan, noin pari senttimetriä haavan reunoilta kasvamalla uutta epidermistä. Haavan vetäytyminen voi pehmeillä alueilla sulkea suuretkin haava-alueet. Tähän kuluu aikaa viikoista jopa useisiin kuukausiin. Kolmannen asteen palovamman hoitona on lähes poikkeuksetta leikkaus. (Vuola 2002:126)

Palovamma syvenee kahdesta kolmeen päivään. Uloimman ihon osan verenkierto heikkenee ja syventyneet osat muuttuvat kuolleiksi. Toisen asteen palovammassa lopullisen haavan syvyyden arviointi voi tapahtua aikaisintaan kun on kulunut noin kolme vuorokautta. Alkuvaiheen pinnallinen toisen asteen vamma voi muuttua toisen asteen syväksi vammaksi, jolloin hoitolinja muuttuu konservatiivisesta leikkaushoidoksi. Pinnallinen toisen asteen ja syvä toisen asteen palovamma on rajana päätettäessä konservatiivisen ja kirurgisen hoidon välillä. Jos syvän toisen asteen palovamman annetaan parantua konservatiivisesti, saattaa haava umpeutua viikkojen kuluessa vähitellen. Seurauksena kuitenkin ovat lukuisat kivuliaat sidevaihdot, vahva arpimuodostus sekä korjausleikkaukset myöhemmässä vaiheessa. Sopivan hoitolinjan valitsemisen tekee helpommaksi vammamekanismin tarkka tunteminen. (Vuola 2002:126)

1.1.1 Palovamman ensihoito

Jos palovamma käsittää yli 5 % kehon pinta-alasta, sen tarkka laajuus arvioidaan niin sanotun 9 %:n säännön mukaan. Vammojen sijainti merkitään erilliseen sitä varten laadittuun palovamma status-lomakkeeseen (ks. Liite 1.). Lapsen ja aikuisen prosentit lasketaan eri tavoin. (Vuola 2002:127) Laajat liekipalovammat saattavat aiheuttaa kovan palovammapanssarin, jonka takia rintakehä ei pääse liikkumaan vapaasti. Sama ilmiö voi esiintyä raajoissa joiden verenkierto häiriintyy, kun raaja ei pääse turpoamaan vapaasti. Silloin on tehtävä eskarotomia, jossa pitkittäisillä viilloilla panssari vapautetaan. Joskus kaulan palovamman eskarotomia on tarpeen jotta hengitysteiden auki pysyminen voidaan turvata. Palovammapanssarin halkaisu voidaan suorittaa osastolla vuoteen vieressä ilman yleisanestesiaa, sillä panssari on tunnoton. Verenvuodon tyrehtyttämiseen käytetään diatermialaitetta. Diskisio tarkoittaa ihon halkaisemista aina subcutikseen asti. Diskisio on tarpeen, jos nestehoidon aikana raaja turpoaa rajusti ja epäillään raajan verenkierron häiriötä. (Vuola 2002:128) Syvissä lihasfaskiaan ulottuvissa palovammoissa on tehtävä faskiotomiat lihasaitiopaineen laukaisemiseksi sekä perfuusion turvaamiseksi. Faskiotomian teko edellyttää leikkaussaliolosuhteita sekä yleisanestesiaa tai johtopuudutusta. (Härmä, Ruukonen, Harvima & Takala 1996)

Yli 20 %:n palovammoissa on vaara potilaan jäähtymisestä. Tällöin haavanhoito on toissijaista eikä kiireellistä. Potilaan lämpötilasta on huolehdittava erilaisin lämmityskeinoin, kuten lämpöpeitteillä. Jos potilas siirretään suoraan jatkohoitopaikkaan, haavojen peitoksi riittää kuivat, steriilit sidokset. Kosteat sidokset voivat edesauttaa jäähtymistä. Periaate haavanhoidossa on sama palaneen pinta-alan koosta riippumatta. Irtonaiset kudospaleet poistetaan pin-

seteillä ja saksilla sekä haavat puhdistetaan antiseptisellä liuksella, keittosuolalla tai juomakelpoisella vesijohtovedellä. Potilas on kipulääkittävä hyvin ennen haavanhoitojen aloitusta. (Vuola 2002:128)

1.1.2 Palovammahaavan paikallishoito

Optimaalinen palovammahaavanhoito edesauttaa parantumista ja laajemmissa vammoissa alentaa kuolleisuutta. Lisäksi se nopeuttaa paranemista, normaalin toimintakyvyn palautumista sekä vähentää riskiä joutua korjausleikkauksiin. (Papini 2004) Kaikentyyppisiin palovammoihin sopii paikallishoitoaineeksi hopeasulfadiatsiiniemulsiovoide (Flamazine®). Etuna hopeasulfadiatsiinivoiteen käytössä on, että se lievittää pinnallisten vammojen aiheuttamaa kipua. Haittapuolena voiteen käytössä on se että sidokset joudutaan vaihtamaan usein, vähintään joka toinen päivä. (Vuola 2002:128-129)

Erilaisia haavasidoksia on lukemattoman paljon. Kun haavaeritys on vähentynyt, voidaan sidoksena alkaa käyttää esimerkiksi silikonipäälysteistä verkkosidosta (Mepitel®). Tässä sidoksessa etuna on sen tarttumattomuus haavaan, kivuttomuus sekä joustavuus liikkeessä. Kolmannen asteen vammoissa jatketaan Flamazinen® käyttöä niin pitkään kunnes palovamma leikataan. Toisena vaihtoehtona on jo alkuvaiheessa jättää selvästi kolmannen asteen kuiva palovamma ilman hoitomateriaalia. Tällainen haava ei tarvitse kosteaa, paranemista suosivaa ympäristöä, koska iho on jo tuhoutunut. (Vuola 2002:129)

Palovammaosastolla jokaisesta potilaasta täytetään haavan seurantakaavake (ks. Liite 2.), johon merkitään palovammahaavojen sijainnit, käytetyt hoitomateriaalit sekä arviot palovammahaavojen kunnosta. Haavan seurantakaavake päivitetään jokaisen haavanhoidon jälkeen, ja päiväyksen merkintä on tärkeää.

1.1.3 Infektoitunut palovammahaava

Palovamman infektoituminen ensimmäisen viikon aikana on harvinaista. CRP:n (C-reaktiivinen proteiini) nousu aiheutuu usein palovamman aiheuttamasta kudostuhosta. Todellinen infektiodiagnoosi voidaan tehdä, jos löydetään selvä patogeeninen bakteeri haavasta ensimmäisen viikon aikana. Näin voi käydä esimerkiksi kun tapaturman yhteydessä vamma-alueelle on päässyt likaa. (Vuola 2002:129)

Riippumatta vamman laajuudesta profylaktisen (ennaltaehkäisevän) antibiootihoidon aloittaminen on useimmiten tarpeetonta. Antibioottilääkitys aloitetaan myöhemmässä vaiheessa bakteeriviljelyvastausten resistenssimääritysten mukaisesti. Yleinen haavainfektion merkki on erityyksen lisääntyminen haavasta sekä selvä bakteerilöydös haavanäytteen viljelyssä. Tavalli-

simmin haavainfektio syntyy pitkään parantumattomana olleeseen haavaan ja joskus myös leikkauksen jälkeen ihonsiirtohaavaan. Tällöin ihonsiirtoleikkauksen jälkeen aluksi hyvin tarttunut ja parantunut iho alkaa vähitellen pistemäisesti syöpyä pois. Usein infektion aiheuttaa stafylococcus epidermidis. (Vuola 2002:129-130) Infektion paranemista seurataan säännöllisillä bakteeriviljelyillä haavoilta sekä verikokeilla (CRP, leukosyytit).

Paikallishoito on tärkeää infektoituneessa haavassa. Päivittäin tehdyt haavan suihkutukset sekä kuolleen kudoksen ja haavaeritteen mekaaninen poisto ovat hoidon kulmakiviä. Myös antibiooteilla ja antiseptisillä aineilla on oma tärkeä osansa. Erittävässä ja infektoituneessa haavassa hoitotuotteena käytetään ensisijaisesti antiseptistä liuosta. Liuoksen vaikuttava aine olisi hyvä vaihtaa noin viiden päivän välein, sillä bakteerit voivat muuten muuttua resisten-teiksi samalle pitkään käytetylle aineelle. (Vuola 2002:130)

1.1.4 Ihonsiirteen ja ihon ottokohdan hoito

Palovammaleikkauksen jälkeen ihonsiirtohaavojen sidokset avataan yleensä toisena - neljäntenä päivänä. Sidevaihdon yhteydessä poistetaan mahdolliset verenpurkaumat siirteiden alta. Suoraan ihonsiirteiden päällä olevia sidoksia ei saa poistaa, koska tällöin myös siirteet herks-ti nousevat irti alustastaan. Ihonsiirteiden peitteeksi laitetaan tavallisesti leikkauksessa ras-vaharsosidos tai nestettä läpäisevä polyamidiverkko (Surfasoft®, Tegapore®). Alimmaisten sidosten annetaan olla 4-6 vuorokautta paikoillaan, sitä ennen vaihdetaan vain näiden päällä olevat sidokset. Ihonsiirre saa verenkierron alustastaan toisena - neljäntenä päivänä leikkauk-sesta. Tämän jälkeen ei irti olevaa ihonsiirrettä enää pidä yrittää saada kasvamaan kiinni alustansa, vaan sen voi poistaa mekaanisesti. Rasvaharsosidokset ja polyamidiverkkosidokset poistetaan siirteen päältä varovasti viimeistään kuudentena postoperatiivisena päivänä. Tä-män jälkeen ihonsiirteen päällä voidaan edelleen käyttää rasvaharsosidoksia estämään muita sidoksia tarttumasta kiinni ihonsiirteeseen. Ihonsiirrekohtia voidaan alkaa suihkutella varovas-ti neljäntenä - kuudentena postoperatiivisena päivänä. Noin viikon kuluttua leikkauksesta kun verkotetun ihonsiirteen reiät ovat kasvaneet umpeen, niiden suojaksi riittävät kevyet siteet. Ihon kimmoisuutta pidetään yllä rasvaamalla sitä usein. Parantunut palovammahaava vaatii kuukausien ahkeran rasvauksen tai öljyämisen, sillä ohut ihonsiirre eroaa ihmisen normaalista ihosta. Kun siirteet ovat parantuneet, harkitaan mahdollisten arpihoitojen, kuten paineteks-tiilien käyttöä arven kasvun hillitsemiseksi. (Vuola 2002:130-131)

Ottokohdan peittämiseen ei ole olemassa ihanteellista sidosta. Erittäin laajojen ottokohtien peittämiseksi tarvitaan helppohoitoinen ja yksinkertainen sidos. Keskisuurten ottokohtien (noin 5-10 % ihon pinta-alasta) peittosidoksella on erilaiset vaatimukset. Ottokohdan täytyy olla mahdollisimman kivuton, jotta se ei ole esteenä normaalille liikkumiselle. Polyure-

taanikalvo sopii parhaiten tähän tarkoitukseen. Se on erinomainen pienten (1-2 %:n) ihonotto-kohtien suojaamisessa. (Vuola 2002:131)

Suurissa ihonottokohdissa ongelmana voi olla runsas haavaeritys, joka irrottaa kalvon reunoilta. Peittosidokset voidaan joutua vaihtamaan uusiin runsaan erityksen vuoksi ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä. Eritysvaihe loppuu noin kolmen vuorokauden kuluttua. Hyvin pienissä ottokohdissa peitteenä voidaan käyttää rasvaharsosidosta. Sitä, kuten muitakaan ihonotokohdan sidoksia, ei ole tarkoitus ottaa pois ennen kuin 10. -12. postoperatiivisena päivänä, ellei se ole välttämätöntä runsaan haavaerityksen tai siteiden irtoamisen takia. (Vuola 2002:131) Liikkuvalla vuodeosastokuntoisella potilaalla sidosten käytännöllisyyteen kiinnitetään erityisesti huomiota: sidosten tulee olla hyvin paikallaan pysyviä kuitenkin estämättä potilaan normaaleja liikkeitä. Paikallaan pysymätön sidos immobilisoi potilaan sekä aiheuttaa kipua. Jotta potilaan omatoimisuus säilyisi, tulee sidoksen ulottua terveelle iholle mahdollisimman vähän. (Ilmarinen 2010:34)

1.2 Tehohoito

”Tehohoidon tavoitteena on elämän säilyttäminen, elintärkeiden toimintojen valvonta ja ylläpito sekä kärsimyksen lievittäminen.” (Salanterä 2009:88) Tehohoidossa olevaa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja hänen elintoimintojaan pidetään tarvittaessa yllä erityislaitteiden avulla. (Pyykkö 2004:24) Teho-osastolla hoidetaan potilaita, joilla on useita tilapäisiä elintoimintahäiriöitä sairauden, vamman tai suuren kirurgisen toimenpiteen vuoksi. Selviytyään heillä on mahdollisuudet laadultaan hyväksyttävissä olevaan elämään. Hoitopäätöksen teossa on oleellista tunnistaa kriittisesti sairas tai vammautunut potilas ja aloittaa heti tarvittavat vitaalielintoimintojen tukihoidot. Sairaalassa on erotettava ne potilaat, joiden hoito voidaan toteuttaa vuodeosastolla ja ne joiden sairautta ei voida tehohoidollakaan parantaa. Tehohoidon tarpeen arvioi aina lääkäri. (Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä & Ruokonen 2010:5-6) Aikuispotilaat otetaan tehohoitoon etupäässä tapaturman, äkillisen sairauden, myrkytyksen tai erityistä tarkkailua vaativan leikkauksen jälkeen. (Pyykkö 2004:25) Vaikea sepsis ja hengitys- ja verenkiertovajauksen aiheuttavat tilat johtavat tavallisimmin tehohoitoon. (Lund 2011:1097) Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet (ks. liite 3.) ohjaavat tehohoidossa päätöksentekoa ja potilaan hoitoa.

Läheisen ihmisen kriittinen tila koskettaa koko perhettä. Tehohoitoon liittyvät eettiset ja taloudelliset tekijät velvoittavat yksittäisen ihmisen lisäksi huomioimaan koko perheen hyvinvoinnin. Omaisilla on emotionaalisia, kognitiivisia, sosiaalisia ja käytännöllisiä tarpeita. He haluavat saada rehellistä, asiallista, johdonmukaista ja ymmärrettävää informaatiota potilaan voinnista. Koposen ym. (2007) kirjallisuuskatsauksen mukaan omaisten jaksamista heikensivät avuttomuuden, hämmentyneisyyden, vihan, syyllisyyden, turhautuneisuuden ja järkytyksen

tunteet. Omaisten jaksamista vahvistavia tunteita olivat kiitollisuus läheisen saamasta hyvästä hoidosta, perheenjäsenten keskinäisen läheisyyden vahvistuminen sekä ylpeyden tunne selviytymisestä omaisena teho-osastolla. (Koponen, Mattila & Häggman-Laitila 2007:4,7)

Palovammaosastolla palovammapotilaan tehohoitoon kuuluu peruselintoimintojen turvaaminen, niiden ylläpitäminen ja seuranta, haavanhoito, kivunhoito, neste- ja ravitsemushoito, lääkehoito sekä potilaan perushoidosta huolehtiminen. Sairaanhoidajalla on Palovammaosastolla suuri vastuu potilaastaan. Sairaanhoidajan päätösten tukena on moniammatillinen tiimi, etenkin anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri sekä plastiikkakirurgit.

1.3 Palovammapotilaan hoito

Palovammapotilaan paraneminen voidaan jakaa akuuttivaiheeseen, haavavaiheeseen ja kuntoutusvaiheeseen. Akuuttivaihe kestää muutaman päivän ja se tähtää potilaan hengissä pitämiseen. Haavavaihe on akuuttivaihetta seuraava ajanjakso, jonka aikana palovamma-alueet paranevat tai ne hoidetaan ihonsiirtoleikkauksilla. Haavavaihe kestää parista viikosta muutamaa kuukauteen. Tämän jälkeen päästään varsinaiseen kuntoutusvaiheeseen, joka voi jatkua vaikeissa palovammoissa jopa vuosien ajan. (Vuola 2001:339) Vaikean palovamman saanut potilas voi vaatia tehohoitoa useita viikkoja. Sen aikana pyritään turvaamaan potilaan peruselintoiminnot, vakauttamaan potilaan tila sekä suorittamaan suunnitellut palovammaleikkaukset mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Edistyneeseen palovammapotilaan hoitoon kuuluu nesteresuskitaatioprotokolla, aikaisessa vaiheessa tehty palaneen ihon poisto sekä ihon siirteen / väliaikaisen keinoihon laitto, ravitsemuksen tukemisen ohjeistus, oikeiden antibioottien käyttö ja infektioiden hallinta, sepsiksen hoito, ympäristön neutraalin lämpötilan ylläpitäminen sekä hypermetabolian hillitseminen lääkkeellisesti. (Herndon, Mecott-Rivera & Al-Mousawi 2009: 547)

1.3.1 Nestehoito tehohoitovaiheessa ja ravitsemus

Palovamma on lämmöstä, sähköstä tai kemiallisesta aineesta aiheutunut paikallinen kudosaivaurio. Vaurioitunut kudos vapauttaa välittäjäaineita, jotka aiheuttavat kapillaarisuonten (hiussuoni) läpäisevyyshäiriön ja nesteen siirtymisen soluvälitilaan. 24 tunnin ajan vamman aiheutumisen jälkeen turvotus lisääntyy ja palovamma syvenee. Yli 20 % laajoissa palovammoissa turvotusta ja nestehukkaa syntyy muuallakin potilaan elimistössä kuin itse vammassa. Turvotukset aiheuttavat kiertävän verivolyymien pientymisen ja ilman nestehoitoa palovammashokin. (Härmä ym.1996) Shokki tarkoittaa tilaa, jossa verenkierto romahtaa vakavan sairauden vuoksi siinä määrin, että kudosten verenkierto ei ole riittävää. Laajassa palovammassa menetetyn nesteen määrä voi olla niin suuri, että syntyy palovammashokki (hypovoleeminen shokki). (Mustajoki 2010.)

Baxter ja Shires kehittivät vuonna 1968 palovammapotilaiden alkuvaiheen nesteytykseen kaavan, joka tunnetaan nykyään Parklandin kaavana. Sitä pidetään Palovammaosastolla tarvittavien korvausnestemäärien suuntaa antavana pohjana. Parklandin-kaavassa otetaan huomioon potilaan paino sekä palovamman laajuus. Palovammapotilaan alkuvaiheen ylinesteytys on yleinen ilmiö. Ylinesteytys aiheuttaa keuhkopöhöä, palovamman syvenemistä sekä hapen puutetta periferiassa laimenemisen seurauksena. (Rantala ym. 2010:24)

0-24 h (traumasta) = 4 ml x palovammaprosentti (%TBSA*) x potilaan paino (kg)

24-48 h (traumasta) = 2 ml x % TBSA x potilaan paino

*Total body surface area

Näistä ensimmäisistä 48 tunnista palovamman tapahtuman jälkeen puhutaan nesteresuskitaatiovuorokausina, jolloin potilaan tilaa hoidetaan tehokkaalla nesteytyksellä.

Nesteresuskitaation päätavoitteita ovat ehkäistä palovammashokkia antamalla potilaalle oikeita nesteitä ylikuormittamatta verenkiertoelimistöä ja aiheuttamatta laajoja turvotuksia, sekä ylläpitää riittävää kudospesfuusiota ja verivolyymiä. (Williams 2008). Palovammapotilaan nestehoidossa yksi seurattavista arvoista on diureesi. Siinä minimitavoitteena on 0,5 ml/kg/h. Diureesin lisäksi elimistön volyymimuutoksia seurataan astrupilla ja tarkkailemalla valtimon keskiverenpainetta, sentraalista venapainetta, pulssitasoa sekä tunnustellen periferian lämpötilaa. (Rantala ym. 2010: 25-26) Nestehoidossa yksittäisiä arvoja tärkeämpää on kokonaisuuden seuraaminen. Palovammaosastolla tehohoitoisen potilaan nesteytyksestä kirjataan sähköiseen tietojärjestelmään tunneittain sisään menevät ja ulos tulevat nesteet.

Ravitsemushoidon tavoitteena on kiihtyneestä aineenvaihdunnasta johtuvan proteiinikadon ja energiakadon minimointi. Oikeanlainen ravitsemushoito nopeuttaa haavojen paranemista. Merkittävällä painon menetyksellä on yhteys kuolleisuuteen. Hyvän ravitsemuksen toteuttaminen onkin tärkeä osa-alue palovammapotilaan hoidossa. Anestesia lääkäri suunnittelee tehohoitoisen palovammapotilaan ravitsemuksen. Suunnittelussa huomioidaan potilaan ikä, traumapäivä, vammaprocentti, leikkausten ajankohdat, lääkitys sekä kokonaistilanne. Keskimääräinen kaloritavoite potilailla on yli 35 kaloria/kg ja proteiinitavoite 2-2,5g/kg. (Kauppi & Rantala 2010:52)

Kaikille intuboiduille potilaille laitetaan nenämahaletku enteraalisen ravitsemuksen aloittamiseksi. Pääasiallisena enteraalisen ravitsemusvalmisteenä käytetään Nutrison Multifibre Protein plus®, joka sisältää runsaasti proteiinia ja kuituja. Palovamma sekä opiaatit aiheuttavat pitkäkestoista mahalaukun tyhjenemisen hidastumista, joka estää enteraalisen ravitsemuksen toteuttamisen pelkän nenämahaletkun kautta. Potilaille asetetaan nasojejunaali-letku, jonka

avulla päästään täyteen enteraaliseen ravitsemukseen jo varhaisessa vaiheessa. Nasojejunaa-liravitseminen voi jatkua leikkauksenkin ajan, koska aspiraatoriskiä ei ole. (Kauppi & Rantala 2010:52) Mahdollisimman aikaisessa vaiheessa aloitettu enteraalinen ravitseminen vähentää palovammapotilaan riskiä saada infektioita kuten sepsis. Sepsistä voi esiintyä vakavan palovamman saaneilla potilailla tehohoitovaiheessa ja se voi johtaa kuolemaan. (Lu, Huang, Yu, Zhu, Cai, Gu & Su 2010)

1.3.2 Hengitys ja kaasujenvaihto

Suurin riski altistua kaasujenvaihtohäiriölle on potilailla, joilla on jokin seuraavista hengitystiepalovamma, suuri palovammaprosentti + nesteresuskitaatio, alentunut tajunnantaso (häikä- tai syanidimyrkytys) tai poikkeava ilmasteiden anatomia. Tällöin potilas on tehohoidossa. Ylimoitettu nesteresuskitaatio altistaa potilasta keuhkopöhhölle, mikä saattaa vielä pahentaa tilannetta. Vakava kaasujenvaihtohäiriö on laajan palovamman saaneilla yleinen. Jos hengitystyö on kohtuuttoman raskasta ja/tai kaasujenvaihto riittämätöntä non-invasiivisista keinoista huolimatta, edellyttää tila intubaatiota/trakeostomiaa ja mekaanista ventilaatiota. Intubaatio voi olla ylähengitysteiden palovamman tai turvotuksen takia vaikea. Trakeostomia pyritään tekemään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jos odotettavissa on pitkä respiratorihoidojakso tai jos se katsotaan jo varhaisvaiheessa turvallisimmaksi tavaksi turvata ilmatie. Potilaalle tehdään mahdollisimman varhain fiberoskopia epäiltäessä hengitystiepalovam-
maa. (Lång & Rantala 2010:41-42) Vuodeosastokuntoisella palovammapotilaalla voi olla käytössä happiviikset tai happimaski.

1.3.3 Sedaatio ja analgesia tehohoitovaiheessa

Tavoitteena Palovammaosastolla on potilaan kivun, ahdistuksen ja pelon lievitys, mekaanisen ventilaation ja hoitotoimenpiteiden sieto sekä yöuni. (Rantala ym. 2010: 45) Palovammaosastolla hengityskoneessa olevalle tehohoitopotilaalla käytetään yleensä Propofol®-Fentanyl®-infuusiota, jossa Propofol® on anesteetti ja Fentanyl® kipulääke eli analgeetti.

Sedaatio tarkoittaa sitä, että potilas rauhoitetaan lääkityksellä esimerkiksi toimenpiteen ajaksi. Sedaatio on tarpeen niissä toimenpiteissä, jotka tuottavat potilaalle kipua, tai tuntu-
vat pelottavilta tai muuten epämiellyttäviltä. Kevyessä sedaatiossa olevaan potilaaseen säilytetään puhekontakti ja potilaan elintoiminnot pysyvät vakaina. Syvässä sedaatiossa oleva potilas ei reagoi ja hänen hengityksensä saattaa lamaantua. Sedatoitu potilas tarvitsee aina lisähapetta, ja häntä valvotaan samalla tavalla kuin yleisanestesian aikana.

(Mazanikov & Pöyhä 2011: 883, 885-886) Tehohoidossa olevista potilaista suurimmalla osalla tarvitaan kipulääkitystä ja/tai sedaatiota lyhyitä aikoja tai jopa viikkojen ajan jos tehohoito pitkittyy. (Karlsson 2009:81)

Palovammapotilaan kokemaa kipua voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: kosketuskipu, taustakipu ja psyykkinen kipu. (Härmä, Mikkonen, Avikainen, Tomminen, Tuominen, Varpio & Kauppinen 2003:8) Palovammapotilaalla voi esiintyä näitä erilaisia kipuja kaikissa hoidon ja paranemisen vaiheissa. Kosketuskipu liittyy haavanhoitoon, hoitosuihkuun ja liikehoitoon. Se on potilaiden kokemusten mukaan pahin mahdollinen kiputuntemus. Taustakipu on palovamma-alueiden sekä vuodelevosta kipeytyvien nivelten jäytävää särkyä. (Härmä ym. 2003:8)

Psyykkiseksi kivuksi sanotaan vaikeimmin hallittavaa potilaan henkistä kipua. Palovammapotilaalla on madaltunut kipukynnys vammaan liittyvän psyykkisen kriisin, ahdistuksen tai masentuneisuuden johdosta. Potilaalle voi syntyä voimakasta pelkoa hoitotoimenpiteitä kohtaan joka muuttuu psyykkiseksi kivuksi. Tämä kipu ei ole samanlaista fyysistä kipua kuten kosketuskipu tai taustakipu. Kaikista hoitotilanteista on tärkeä kertoa potilaalle perusteellisesti etukäteen. (Härmä ym. 2003:8)

1.3.4 Psyykkinen kriisi

Palovammasta johtuva vakava vammautuminen merkitsee aina kriisiä ja sopeutumisen haastetta potilaan ja hänen lähipiirinsä elämässä. Palovammapotilaalle herää paljon kielteisiä tunteita: surua, ahdistusta, pelkoa, masentuneisuutta, syyllisyyttä, ärtymystä ja apatiaa. Palovamman saanut joutuu tekemisiin monenlaisen epämukavuuden, erityisesti kivun kanssa. (Härmä ym. 2003:16-17)

Traumaattiset kriisit syntyvät äkillisistä tilanteista, jotka poikkeavat ihmisen tavallisesta elämäntavasta. Traumat vaikuttavat yksilöllisesti eri ihmisiin. Traumaprosessin kulku on aina yksilöllistä eri vaiheiden ilmenemismuotojen ja keston suhteen. (Karttunen & Väisänen 2007) Palovamman psyykkistä vaikutusta selvittävät tutkimukset osoittavat, että sopeutumiseen ja selviytymiseen vamman jälkeen eivät vaikuta ainoastaan vamman laajuus ja syvyys, vaan myös arpeutuminen, potilaan sukupuoli, persoona, menetelmät käsitellä tapahtunutta sekä sosioekonominen status. (Low 2007:17)

Kriisin läpi käyminen koostuu neljästä eri vaiheesta: shokkivaiheesta, reaktiovaiheesta, käsittelyvaiheesta ja uudelleen suuntautumisen vaiheesta. Shokkivaihe alkaa välittömästi kriisin laukaisseen tilanteen jälkeen ja kestää lyhyestä hetkestä muutamaan vuorokauteen. Ihminen ei tässä vaiheessa kykene vielä käsittämään tapahtunutta ja saattaa jopa kieltää sen. Osa shokkivaihetta elävistä saattaa lamaantua täydellisesti, jotkut taas voivat reagoida voimakkaalla kiihtymystilalla. Torjunta ja kieltäminen ovat asiaankuuluvia selviytymiskeinoja, kunhan ne eivät jatku liian kauan. (Suomen Mielenterveysseura ry. 2009)

Reaktiovaiheen yleinen kesto on muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Ihminen alkaa vähän kerrassaan kohdata muuttuneen todellisuuden ja yrittää muodostaa käsitystä siitä, mitä on tapahtunut. Reaktiovaiheen aikana ihminen lopulta tiedostaa tapahtuneen merkityksen, mutta tasapainoilee sietämättömältä kokemukselta suojautumisen ja sen käsittelyn aloittamisen välillä. (Suomen Mielenterveysseura ry. 2009) Kriisin käsittelyvaihe eli korjaamisen ja läpityöskentelyn vaihe kestää yleensä muutamista kuukausista noin vuoteen. Tässä ajassa kriisin aiheuttanut tapahtuma aletaan hyväksyä. Ihmisen mieli ei enää kiellä tapahtunutta vaan ymmärtää sen olevan muutoksineen ja menetyksineen totta. Käsittelyvaiheessa ollaan valmiita tekemään varsinaista surutyötä. (Suomen Mielenterveysseura ry. 2009)

Kriisin uudelleen suuntautumisen vaiheessa kriisi muuttuu pikkuhiljaa osaksi elämää ja kokemusta omasta identiteetistä. Tässä vaiheessa kriisin laukaisseesta tapahtumasta on kulunut tavallisimmin aikaa vuodesta kahteen. Tapahtuma ei unohdu koskaan, mutta sen kanssa pystyy jo elämään. Kun tapahtunut pystytään hyväksymään, sopeutuminen uuteen tilanteeseen voi alkaa. Monet vaikean kriisin kokeneet kertovat muuttuneensa tapahtuman aikana pysyvästi. He ovat myös löytäneet itsestään sellaisia voimavaroja, joita eivät tienneet olevan olemassakaan. (Suomen Mielenterveysseura ry. 2009)

1.3.5 Fyysinen kuntoutus

Sairaalahoidossa olevien palovammapotilaiden kuntoutus aloitetaan välittömästi muun hoidon rinnalla ja sitä jatketaan pitkään kotiutumisen jälkeen. Kuntoutuksen tavoitteena on, että potilaan toimintakyky pysyy yllä tai palautuu siten, että omatoiminen ja itsenäinen selviytyminen päivittäisissä toimissa on mahdollista ja potilas on tyytyväinen elämäänsä. Palovammapotilaat toipuvat yleensä hyvin ja motivaatio kasvaa sitä mukaa kun hankalatkin hoidot alkavat tuottaa toivottua tulosta. (Nikkonen & Tuominen 2001:340)

Alkuvaiheessa kuntoutuksen tavoitteena on vähentää turvotusta, ylläpitää lihasvoimaa ja pehmytkudoksen elastisuutta sekä ehkäistä nivelten liikerajoituksia ja virheasentoja. Tällöin kuntoutus koostuu asentohoidoista, hengitys- ja liikeharjoituksista sekä jo sairaalavaiheen aikana alkavasta arven liikakasvua ehkäisevästä hoidosta. Asentohoidoilla suojataan ihonottoja ja ihonsiirrekohtia turvotuksen vähentämisen, pehmytkudosten elastisuuden säilyttämisen ja nivelten liikerajoitusten ja virheasentojen ehkäisemisen lisäksi.

Lastahoito on tärkeä osa palovammapotilaan pre- ja postoperatiivista hoitoa ja kuntoutusta. Lastoja käytetään asentohoidon ja liikeharjoitusten tehostamisessa. Lastoituksen tavoitteena akuuttivaiheessa on turvotusten ehkäisy sekä jänteiden ja nivelten suojaaminen. Leikkauksen jälkeen lastalla immobilisoidaan potilaan tuore ihonsiirrealue. Yksilöllisesti valmistetuilla lastoilla myös estetään arven kiristymistä sekä saadaan aikaan arven liikakasvua ehkäisevä pai-

ne. (Nikkonen & Tuominen 2001: 340-342) Palovammaosastolla lastahoito voidaan aloittaa heti potilaan tullessa osastolle jo ennen leikkausta. Jos potilas pystyy itse liikuttamaan sormiaan, käsien lastahoito voidaan myös aloittaa vasta leikkauksen jälkeen. Ihonsiirteiden tarttumisen ajan lastoja pidetään potilaalla koko ajan. Tehohoidossa olevilla sedatoiduilla potilailla lastat ovat käytössä lähes koko ajan, paitsi fysioterapeutin tekemien liikeharjoitusten ja sidevaihtojen aikana. (Malinen. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011)

Liikehoito on perusedellytys palovammapotilaan kuntoutukselle. Sen tavoitteena on ylläpitää nivelten liikeradat ja lihasvoima sekä tukea omatoimisuutta liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa. Toiminnallisissa harjoituksissa keskitytään aluksi itsestä huolehtimiseen esimerkiksi syömiseen, pukeutumiseen ja hygienianhoitoon. Tarpeen mukaan potilaan omatoimisuutta tuetaan apuvälineillä. Mahdollisimman monipuoliset toiminnot sekä käsien käyttäminen nopeuttavat normaaliin elämään paluuta. Pientenkin toiminnallisten tavoitteiden saavuttaminen auttaa kohottamaan potilaan itsetuntoa. (Nikkonen & Tuominen 2001:340-342) Palovammaosastolla potilaan kuntoutuksen suunnittelevat fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, mutta kuntoutuksen toteuttamisesta ovat vastuussa myös sairaanhoitajat. Potilaan jokapäiväisessä hoidossa noudatetaan fysio- ja toimintaterapeutin ohjeita, esimerkiksi koskien asento-, lasta- ja painetekstiilihoitoa.

Arven liikakasvun aiheuttaa yleensä syvä toisen ja kolmannen asteen palovamma. Kasvua esiintyy yleisimmin konservatiivisesti hoidetuissa palovammoissa, joissa ihon parantuminen on kestänyt yli kolme viikkoa tai joissa alue on infektoitunut. Myös terveeseen ihon ja ihonsiirteen rajalla, ihonsiirteissä ja niiden saumakohdissa sekä ihonottokohdissa voi esiintyä arven liikakasvua. Kun ihon pinta on parantunut, arpi on vielä pehmeä ja matala. Hypertrofista arpikasvua alkaa esiintyä 1,5-3 kuukauden aikana vammasta. Se jatkuu vähintään puoli vuotta ja joskus jopa vuosien ajan. Hypertrofisen arven oireita ovat arven koveneminen, kohoaminen, elastisuuden väheneminen, kutina, punoitus ja toisinaan kosketus arkuus. (Nikkonen & Tuominen 2001:342-343)

Arven liikakasvua ehkäisevä hoito on tehokkainta kun se on aloitettu mahdollisimman varhain. Painetekstiilien käyttöä on jatkettava, kunnes arpi on täysin kypsynyt eli madaltunut, joustava, vaalentunut ja oireeton. (Nikkonen & Tuominen 2001:343) Arven kypsymisessä kestää noin 1-2 vuotta. (Malinen. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011) Arpi saattaa aktivoitua uudestaan jos hoito lopetetaan liian varhain. Potilaan tulee käyttää painetekstiilejä ympäri vuorokauden. Hoito keskeytetään ainoastaan peseytymisen ja tarvittaessa liikeharjoitusten ajaksi. Painehoito aloitetaan joustavilla kierre- ja putkisiteillä, mutta ihon vahvistuttua siirrytään käyttämään tehdasvalmisteisia painetekstiilejä. Kun turvotus on laskenut ja paino normalisoitunut potilaalle mitataan yksilölliset painetekstiilit. (Nikkonen & Tuominen 2001:343) Palovammaosastolla aloitetaan arven liikakasvua ehkäisevä hoito yleensä ensipainehanskojen käytöllä.

Ihon vahvistuttua aloitetaan Elastogel®-levyn käyttö, joka luovuttaa glyserolia arpialueelle ja estää/hidastaa näin arpea kasvamasta. (Malinen. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011)

1.3.6 Potilaan siirto vuodeosastokuntoiseksi Palovammaosastolla

Palovammaosastolla potilaan siirtämistä tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi aletaan harkita, kun potilaan hengitys ja hemodynamiikka eivät vaadi tukea eivätkä monitorointia. Myös potilaan yleinen vointi huomioidaan päätöstä tehdessä. Potilaan tulee pärjätä ilman jatkuvaa seurantaa. Vuodeosastokuntoisen potilaan tulee myös pystyä ottamaan ravintoa ja nestettä suun kautta. Potilaan siirrosta päättävät osaston lääkärit huomioiden sairaanhoitajien näkemykset. Ennen siirtoa poistetaan kaikki kanyylit. Perifeerinen kanyyli jätetään potilaalle, jos i.v.-antibiootti vielä jatkuu. Joissain tapauksissa virtsakatetri on potilaalla vielä vuodeosastohoidossa, esimerkiksi jos diureesia halutaan vielä seurata tai virtsaaminen muutoin on vielä kohutuuttoman hankalaa. Vuodeosastokuntoiseksi siirrettäessä potilastietojen kirjaaminen siirtyy Care Suitesta paperikirjaamiseen. Palovammaosastolla tulostetaan vuororaportti sekä hoitotyön yhteenveto tehohoitojaksosta aina ennen kuin potilas siirretään vuodeosastokuntoiseksi. Lisäksi potilaan lääkitys ja hoitomääräykset muutetaan ajan tasalle, potilaan pisteet lasketaan (NAS ja TISS) sekä potilas uloskirjataan Care Suite-ohjelmasta.

Potilaan siirtymistä vuodeosastokuntoiseksi helpottaa se, että siirto tapahtuu osaston sisällä. Sairaanhoitajat, plastiikkakirurgit ja hoitoympäristö pysyvät samana, ainoastaan potilashuone voi muuttua. Kuitenkin siirtovaihe voi aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunnetta. Tehoosasto koetaan usein turvallisenä hoitoympäristönä hoitohenkilökunnan jatkuvan läsnäolon ja tarkkailulaitteiden vuoksi. Potilas ei aina ole psyykkisesti valmistautunut siirtymiseen, vaikka hänen fyysinen kuntonsa olisi sellainen, että hoidon toteuttaminen onnistuu vuodeosastolla. (Tuuliainen & Lahtinen 2005.) Vuodeosastokuntoisen potilaan turvallisuuden tunnetta pyritään lisäämään soittokehojen avulla sekä potilaan kanssa keskustelemalla. Omaiset viettävät enemmän aikaa potilaiden luona, kun he ovat vuodeosastokuntoisia.

1.4 Kirjaaminen

Potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa tiedolla on suuri merkitys. Erityisesti potilaan päivittäisessä hoidossa kirjatulla tiedolla on merkitystä. Hoitotietojen on oltava käytävissä nopeasti niitä tarvitsevilla. Tämän edellytyksenä on kirjaamisen rakenteisuus ja yhdenmukaisuus. (Ensio, Saranto, Sonninen & Tantt 2007:12)

Potilaan oikeuksien suojelun näkökulmasta kirjatut tiedot ovat tärkeitä. Potilasasiakirjoista voidaan selvittää, ovatko kaikki tarvittavat toimenpiteet tehty ja mitä potilaalle on tiedotettu tilanteesta ja hoitovaihtoehdoista. Kirjaaminen on juridinen todiste siitä, että työntekijän

eettiset ja lailliset vastuut potilaalle ovat toteutuneet ja potilaan saama hoito on laadukasta. Eettisillä ja laillisilla vastuilla tarkoitetaan, että on toimittu asetuksia, lakeja, sääntöjä ja ohjeita sekä toimintayksikön toimintatapoja ja -linjoja noudattaen. Kirjaajan tunnistetiedot tulee aina olla näkyvissä potilasasiakirjoihin tehtävissä merkinnöissä. (Ensio ym. 2007:15). Terveystietolaissa (2010) käsitellään potilastietorekisteriin ja potilastietojen käsittelyyn liittyviä säädöksiä.

Lait jotka koskevat hoitotyön kirjaamista ovat Potilasvahinkolaki 585/1986, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja Hallintolaki 434/2003. Lisäksi on olemassa Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus (ks. Liite 2.) ja Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3, Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Keskeinen terveydenhuollon potilasasiakirjojen käyttöön liittyvä säädös on myös STM:n opas 2001:3. (Hallilla 2005:19)

Näiden edellä mainittujen lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaa rekisterinpitäjän velvollisuus huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisiin toimintatapoihin. Myös toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on annettava kirjalliset ohjeet potilastietojen käsittelyyn liittyvistä asioista sekä menettelytavoista omassa yksikössään. Kaikkia koulutuksen saaneita hoitotyöntekijöitä ohjaavat lisäksi oman ammattikunnan eettiset ohjeet, ammatillisuus hoitotyössä ja hyvän hoidon periaatteet. (Hallilla 2005:19)

Henkilötietolaki tuli voimaan 1.6.1999 kumoten henkilörekisterilain 471/1987. Henkilötieto tarkoittaa henkilöä, hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perheettään koskeviksi. Tietojen käsittelyä koskevat yleiset periaatteet käsittävät huolellisuusvelvoitteen, käyttötarkoitussidonnaisuuden, yhteysvaatimuksen ja tietojen laatua koskevat periaatteet. Tietojen laatua koskevat periaatteet ovat tarpeellisuusvaatimus ja virheettömyysvaatimus. Lisäksi on määritelty säännöt koskien arkaluonteisten tietojen käsittelemistä. Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä sisältyvät ammattieettiset velvollisuudet sekä velvollisuus huomioida, mitä on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (15-16§). (Hallilla 2005:19)

Uuden Terveystietolain (2010) 33 § mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava omalla alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on velvollisuus yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon niin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan tehtäväalansa mukai-

sesta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Niiden lisäksi kuntayhtymällä on vastuu kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. (Finlex 2010)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilasasiakirjoilla tarkoitettavan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja. Potilasasiakirjat voivat olla myös teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Sähköisen potilaskertomuksen ohella käytössä olevista muista potilasasiakirjoista, kuten läheteistä sekä laboratorio- ja röntgenpalveluihin liittyvistä asiakirjoista, on vaihteleva osuus muutettu sähköisiksi. Tänä päivänä potilasasiakirja-järjestelmät muodostuvat yhdessä potilaiden sähköisistä ja paperisista asiakirjoista. Varsinaisten hoitoon liittyvien potilasasiakirjojen lisäksi terveydenhuollon organisaatiot käyttävät erilaisia hallinnollisia tietojärjestelmiä, jotka palvelevat esimerkiksi laskutusta, ajanvarausta, toiminnan seuranta tai potilashallintoa. Osa näistä tiedoista, kuten ajan- ja hoidonvaraustiedot ja uloskirjaus, lasketaan potilasasiakirjoihin kuuluviksi. (Hallilla 2005:20)

Potilaan oikeus hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun voidaan myös mieltää kirjaamista ohjaavaksi periaatteeksi. Potilaan/hänen huoltajansa tiedonsaantioikeuden toteutuminen on aiheellista kirjata potilasasiakirjoihin, samoin kuin potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen tai sen rajoitukset perusteluineen. Tässä kohden viitataan Mielenterveyslakiin, jossa on erikseen mainittu hoidosta, jota annetaan potilaan tahdosta riippumatta. Potilasasiakirjoista mainitaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarvittavat tiedot. Lisäksi mainitaan potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen olevan salassa pidettäviä. Salassapitovelvollisuus jatkuu palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeenkin. (Hallilla 2005:20)

Potilasvahinkolaissa on maininta potilasvakuutuskeskuksen ja potilasvahinkolautakunnan tiedonsaantioikeudesta käsiteltävänä olevan asian selvittämiseksi tai korvauksen perusteen ja korvausvelvollisuuden laajuuden määrittämiseksi. Heillä on siis oikeus saada tarpeelliset tiedot viranomaiselta ja terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa toteuttavilta tahoilta. (Hallila 2005:20)

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta mainitsee, että viranomaisen asiakirjaksi ei lasketa viranomaisen palveluksessa olevan tai viranomaisen toimeksiannosta toimivan henkilön laatimia muistiinpanoja, tai luonnoksia joista ei ole annettu vielä esittelyä tai asian käsittelyä varten. Hoitotyössä jotkut hoitolaitokset ovat ilmeisesti soveltaneet tätä seurantatietojensa kohdalla pitäen vasta 1-2 viikon välein laadittuja hoitotyön yhteenvetoja asiakirjoina, ja päivittävät seurantatiedot on saatettu hävittää. Näin ei kuitenkaan saa toimia. (Hallilla 2005:21)

STM:n (2001:3) oppaassa mainitaan hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan edellyttävän potilasasiakirjatietojen olevan virheettömiä, oikeita ja riittävän laajoja. Potilasasiakirjojen tarkoitus on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Lisäksi potilasasiakirjojen ymmärrettävyys, asianmukaisuus ja hyvä tietojenkäsittelytapa sekä merkintöjen tekeminen viivytyksettä ovat tärkeitä mm. silloin, kun näiden asiakirjatietojen perusteella on voitava tarvittaessa selvittää hoitoon osallistuneiden henkilöiden menettelyä ja arvioida heidän toimintansa asianmukaisuutta. Myös Hallintolaki sisältää hyvän kielenkäytön vaatimuksen siitä että viranomaisen on käytettävä asiallista, ymmärrettävää ja selkeää kieltä. Hoitotyöstä kirjattaessa on hyvä muistaa, että tekstin tulee olla sellaista, että potilas/ hänen edustajansa ymmärtävät mitä on kirjoitettu. (Hallilla 2005:21)

STM:n yksityiskohtaisissa ohjeissa (2001) on mainittu, että potilaskertomukseen tehtävissä merkinnöissä tulee olla näkyvissä merkinnän tehneen henkilön ammatillinen status, nimi sekä päiväys. Merkinnöistä tulee löytyä myös potilaan henkilötiedot, äidinkieli, lähiomaisten yhteystiedot sekä omalääkäri. (Hallilla 2005:22) Terveystieteiden lain (2010) 9 § mukaan potilasta hoitavalla terveydenhuollon toimintayksiköllä on oikeus käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Potilastietojen käyttö yhteiseen potilastietorekisteriin liittyneiden terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä ei edellytä potilaan nimenomaista suostumusta. Potilaalla on kuitenkin oikeus evätä toiselta toimintayksiköltä tietojensa käyttö. Potilas voi tehdä ja peruuttaa kiellon milloin vaan. (Finlex 2010)

Kun potilaalta ja omaisilta kerätään tietoja, tulee huomioida, että muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja saa merkitä potilasasiakirjoihin vain silloin ja siltä osin, kun ne ovat hoidon kannalta tarpeellisia. Silloin kun tieto on saatu muulta henkilöltä kuin potilaalta itseltään, täytyy myös tiedonlähde kirjata. Arkaluonteisia tietoja ei tule kirjata, elleivät ne ole välttämättömiä potilaan hoidon kannalta. (Hallila 2005:22) Hoitotyötä kirjaava hoitotyöntekijä joutuu omalla kohdallaan miettimään, mitä kaikkea potilaskertomukseen on suotavaa kirjoittaa. Päätöksenteossa hänen apunaan on lainsäädäntö.

Hoitosuunnitelman lisäksi tulee kirjata, kuinka hoito toteutettiin, tuliko jotain erityistä hoidon aikana esille sekä millaisia hoitoa koskevia päätöksiä tehtiin ja minkä vuoksi. Hoitoon osallistuneiden henkilöiden tulee ilmetä potilaskertomuksesta. Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee päivittäin tehdä merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista sekä hoitotoimenpiteistä. (Hallila 2005:22)

1.4.1 Eettiset velvoitteet

Eettiset velvoitteet tulee huomioida hoitotyössä ja sen kirjaamisessa. Terveiden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen ovat terveydenhuollon tärkeitä päämääriä. Terveidenhuollossa tehdään jatkuvasti töitä ihmisen elämän peruskysymysten äärellä. Etiikka tulee konkreettiseksi, kun on kysymys ihmisen terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. (Hallila 2005:23) Terveidenhuollon ammattiryhmät ovat kirjanneet kautta aikojen itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Terveidenhuollon rakenteisiin ja käytännön työhön vaikuttavat muutkin tahot kuin alan ammattilaiset. (ETENE 2001). Terveidenhuollon ja hoitotyön voimavarojen riittävyys vaikuttavat yhteiskunnassa vallitsevat yleiset arvot, palvelujen resursointi sekä poliittinen ohjausjärjestelmä. (Hallila 2005:23)

Hoitotyön eettiset periaatteet mukailevat terveydenhuollon yleisiä eettisiä periaatteita, joita vuosien saatossa on haluttu jäsenillä eri tavoin. Yleisesti käytetty periaate on Thiroux'n (1998) laatima eettisten periaatteiden luettelo. Sen mukaan eettisiä periaatteita ovat elämän kunnioittaminen, hyvyys ja oikeamielisyys, oikeudenmukaisuus ja reiluus, totuuden puhuminen ja rehellisyys sekä yksilön vapaus. (Hallila 2005:23) Eettisiksi periaatteiksi hoitotyöhön ja terveydenhuoltoon sopivat myös Beauchamp & Childressin (1994) luokitus, jonka mukaan hoitotyön eettiset periaatteet ovat ihmisen autonomisuuden kunnioittaminen ja siihen liittyen tietoinen suostumus ja totuudellisuus hoitosuhteessa, vahingollisuuden välttäminen, hyvän tuottaminen sekä oikeudenmukaisuus. Edellä mainituista periaatteista pystytään yhdistettynä johtamaan hoitotyötä ohjaavia periaatteita. Hoitotyöntekijöitä ohjaavat lisäksi ammattikuntien eettiset ohjeet. (Hallila 2005:24)

2 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kirjaamista Töölön sairaalan Palovammaosastolla laatimalla selkeät, yhtenäiset kirjaamisohjeet. Keskitymme kirjaamiseen siitä näkökulmasta, kun potilas siirtyy Palovammaosaston sisällä tehohoitopaikalta vuodeosastopaikalle. Tällöin potilastietojen kirjaaminen vaihtuu sähköisestä Care Suite-ohjelmasta paperille kirjaamiseen. Siirtymätilanteessa on tiedettävä, mitä asioita tietojärjestelmästä on aiheellista siirtää paperiseen potilaslomakkeeseen, jotta tarvittavat tiedot välittyvät myös muille potilasta hoitaville. Suositeltavat kirjaamiskäytänteemme koskevat siirtymävaiheen lisäksi vuodeosastokuntoisen palovammapotilaan päivittäistä hoidon kirjaamista. Työmme tavoitteena on laatia yhtenäinen kirjaamismalli joka otetaan päivittäiseen käyttöön Palovammaosastolla. Toivomme, että suositeltavat kirjaamiskäytännöt helpottavat osaston sairaanhoitajien työskentelyä sekä parantavat potilasturvallisuutta ja tiedon kulkua.

3 Projektin toteuttaminen

Tässä kappaleessa kuvaamme projektiympäristöämme Palovammaosastoa sekä selvitämme projektiin kuuluvat yhteistyötahot ja projektin etenemisen.

3.1 Palovammaosaston kuvaus ja projektiorganisaatio

Palovammaosasto on toiminut vuodesta 1988 Töölön sairaalassa. (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010) Osastolla työskentelee osastonhoitaja Markku Laitilan lisäksi 28 sairaanhoitajaa ja 1,5 sihteerä. (Laitila. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011.) Palovammaosastolla hoidetaan yli 5-vuotiaita tehohoitoa vaativia palovammapotilaita, vaikeita paleltumavammapotilaita, sekä vuodeosastokuntoisia palovammapotilaita. Tehohoitaisille potilaille on varattuna kolme potilaspaikkaa ja vuodeosastokuntoisille potilaille kolme potilaspaikkaa. Palovammaosastolla plastiikkakirurgi ja anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri vastaavat yhdessä potilaiden hoidosta. Palovammapoliklinikka toimii kirurgian poliklinikan yhteydessä kaksi kertaa viikossa. (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010)

Palovammaosaston tehtävänä on HYKS:n vastualueen palovammapotilaiden tutkiminen ja hoitaminen. Valtakunnallisena velvoitteena on vastata vaikeiden palovammojen hoidosta, opetus-, tutkimus- ja neuvontatyöstä sekä alueellisesti palovammahoidon katastrofivalmiudesta. (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010)

Sisäänottokriteereitä Palovammaosastolla ovat kaikki kolmannen asteen vammat, yli 10 % syvät toisen asteen vammat ja palovamma kasvoissa, käsissä, jaloissa, genitaaleissa tai suurissa nivelissä. Tehohoitaiset palovammapotilaat, palovammat jossa liittännäisvammaa trauma sekä palovammapotilaat, joilla on ennestään vakava sairaus tai jotka vaativat erityistä emotionaalista ja sosiaalista huomiota sekä pitkäaikaista kuntoutusta, kuuluvat Palovammaosastolle. Palovammaosastolla hoidetaan salaman aiheuttamat vammat, sähköpalovammat, kemikaalivammat ja inhalaatiopalovammat. (Rantala & Vuola 2010:12) Resurssien salliessa palovammaosastolla hoidetaan myös tehohoitoa tarvitsevia plastiikkakirurgisia potilaita. Potilaat ovat yleensä syöpäkirurgian jälkihoidossa (mikrokirurginen kaulan, suun ja rintakehän alueen syövät) tai tapaturmakirurgisia potilaita (liikenneonnettomuudet, räjähdys- tai ampumavammat). (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010)

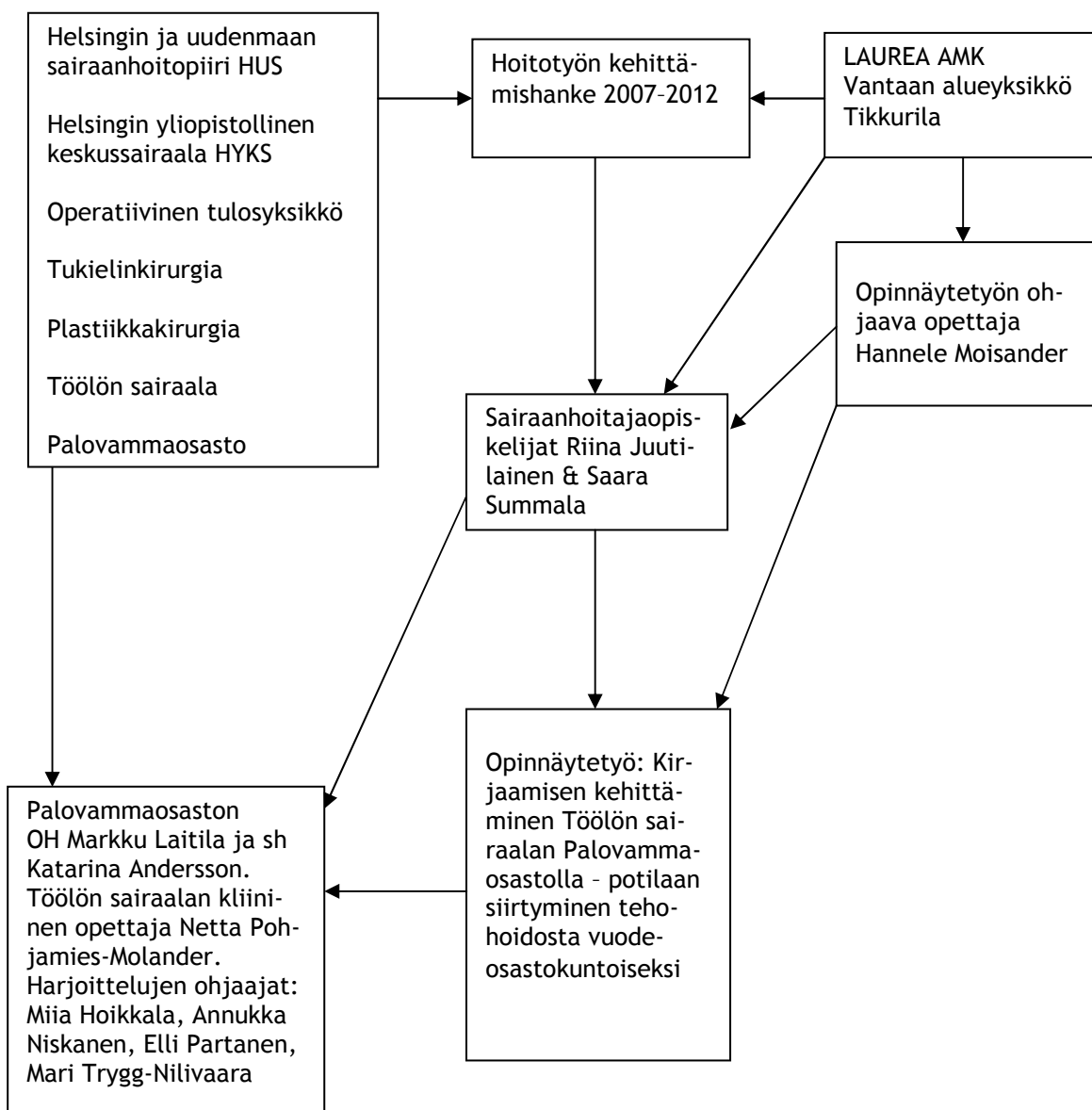
Potilaiden hoitojaksojen pituudet vaihtelevat suuresti. Pisimmillään potilas saattaa olla Palovammaosastolla hoidettavana jopa puoli vuotta. Tähän sisältyy pitkä tehohoitovaihe, jota seuraa vuodeosastojakso kuntoutuksineen. Vielä tämänkin jälkeen potilaalla on usein säännöllisiä kontrolli käyntejä palovammapoliklinikalla. Lyhyimmillään hoitojakso saattaa olla

vain vuorokauden pituinen, jos potilas tulee vain tarkistettavaksi. (Laitila. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011)

Palovammaosastolla hoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet pohjautuvat HUS:in yleisiin arvoihin ja toimintaperiaatteisiin. Päämääränä on löytää yhteinen näkemys parhaasta mahdollisesta hoidosta terveysesteiden poistamiseksi, terveyden edistämiseksi ja omatoimisuuden saavuttamiseksi yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä ja eri alojen ammattilaisten kanssa. Kuoleman lähestyessä pyrkimyksenä on, että jokaisella on oikeus kivuttomaan ja rauhalliseen kuolemaan. (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010)

Kriisissä olevan potilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen korostuu osaston hoitotyössä. Teho-osastolla tilanteet vaihtuvat nopeasti ja apuna käytetään runsaasti hoitoa tukevaa teknologiaa. Työn luonteen vuoksi hoidossa korostuu kriittisten tilanteiden hallinta, tekninen tietotaito, tehokkuus sekä hoidon viiveettömyys. Tehohoidossa olevan potilaan hoitamisessa on kysymys vitaalielintoimintojen jatkuvasta seurannasta, niiden tukemisesta sekä tarvittaessa tilapäisestä korvaamisesta. Myös potilaan psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämisestä on tärkeää huolehtia. Kliininen tietotaito yhdessä ammatillisuuden ja vastuullisuuden kanssa mahdollistaa tärkeiden periaatteiden toteutumisen hoitotyössä. Periaatteita ovat vastuullisuuden periaate, ammatillisuuden periaate, yksilöllisyyden periaate, turvallisuuden periaate, omatoimisuuden periaate, perhekeskisyyden periaate ja jatkuvuuden periaate. (Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia 2010)

3.2 Projektin organisaatiokaavio



Kuvio 1: Projektin organisaatiokaavio

3.3 Opinnäytetyön eteneminen

Osallistuimme syksyllä 2010 koulun järjestämille hankemessuille, jossa esiteltiin erilaisia opinnäytetyöaiheita. Emme löytäneet mielenkiintoista ja meille sopivaa aihetta, kunnes lehtori Hannele Moisander kertoi Töölön sairaalan Palovammaosaston hankkeesta. Osastolle toivottiin yhtenäisiä kirjaamisohjeita, jotka myöhemmin tarkentuivat koskemaan vaihetta, jossa palovammapotilas siirtyy tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi. Kiinnostuimme hankkeesta ja aloitimme lähettämällä hankehakemuksen Moisanderille. Hän välitti hakemuksen Palovammaosaston osastonhoitaja Markku Laitilalle.

Hankkeen aloituskokous pidettiin 8.9.2010 Töölön sairaalassa. Keskustelimme alustavasti Moisanderin ja Laitilan kanssa opinnäytetyöstä ja sen aikataulusta. Lisäksi kävimme lyhyellä tutustumiskäynnillä Palovammaosastolla. Työstimme suunnitelman syys-marraskuun aikana ja esitimme sen suunnitelmaseminaarissa 22.11.2010. Riina oli työharjoittelussa Palovammaosastolla 18.10-5.12.2010 ja Saara 10.1-27.2.2011. Lisäksi työskentelimme siellä molemmat sairaanhoitajan sijaisina kesän 2011.

Tiedonhankinnan aloitimme kesällä 2011 ja raportin kirjoittamisen syyskuussa kun työsuhteemme olivat päättyneet. Projektin teko edistyi sopimalla etukäteen päivät, jolloin tulemme koululle kirjoittamaan yhdessä sekä tapaamalla ajoittain opinnäytetyöohjaajaamme.

Aineiston keruu on tehty vuoden 2011 aikana suomalaisista ja ulkomaalaisista Laurea ammatikorkeakoulun, Meilahden kampuskirjasto Terkon ja kaupungin kirjaston käytössä olevista tietokannoista sekä Palovammaosastolta löytyvästä kirjallisuudesta. Tietokantoina käytimme mm. PubMed-hakuohjelmaa. Opinnäytetyöprosessiin kuuluvassa tiedonhankinnan työpajassa saimme apua lehtori Monika Csehiltä. Hakusanojamme olivat palovamma, palovammapotilas, tehohoito, kirjaaminen, kuntoutus sekä niiden englanninkieliset vastineet.



Kuvio 2: Opinnäytetyöprosessi

4 Projektin tuotos

Nämä kirjaamisohjeet pohjautuvat Roper-Logan-Tierney-malliin ja ne ovat mukautettu sopimaan palovammapotilaan hoitoon. Ohjeet on otsikoitu 12 elämisen toiminnon mukaisesti ja ne sisältävät 25 suositeltavaa kirjaamiskäytännettä. Käytänteet koskevat vaihetta jolloin palovammapotilas siirtyy tehohoidosta vuodeosastokuntoiseksi Palovammaosastolla, sekä vuodeosastokuntoisen potilaan päivittäisen hoidon kirjaamista.

4.1 Turvallisen ympäristön ylläpitämiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suosittelava kirjaamiskäytänne 1.

Kirjauksessa tulee näkyä kirjaajan nimi, ammatillinen status ja päiväys. Jokaisessa potilaspaperissa tulee olla potilaan nimi sekä henkilöturvatus.

Perustelu: Yksityiskohtaisissa ohjeissa on mainittu, että potilaskertomukseen tehtävissä merkinnöissä tulee olla näkyvissä merkinnän tehneen henkilön ammatillinen status, nimi sekä päiväys. Merkinnöistä täytyy löytyä myös potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, yhteystiedot sekä kotikunta. Tilanteesta riippuen myös seuraavat tiedot merkitään potilasasiakirjoihin: potilaan äidinkieli, ammatti, lähiomaisten yhteystiedot sekä omalääkäri. (STM 2001:3:13)

Suosittelava kirjaamiskäytänne 2.

Kirjaa potilaan vointi siirtovaiheessa, vitaalielintoimintojen mittaustulokset sekä potilaassa olevat katetrit, kanyylit ja dreemit.

Perustelu: Potilaan tilasta tulee olla kirjattuna vointi tehopotilaasta vuodeosastokuntoiseksi siirrettäessä sekä muutokset potilaan voinnissa tai mielialassa muutamien päivien sisällä, että potilaan hoitoisuus pystytään arvioimaan. Palovammaosastolla vuodeosastokuntoiselta potilaalta mitataan joka työvuorossa verenpaine, pulssi, SpO2 ja lämpö. Potilaassa olevat mahdolliset katetrit, kanyylit ja dreemit täytyy kirjata kliinisen tilan seuranta-akkeeseen (ks. Liite 4.) laittamispäivämäärineen.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 3.

Kirjaa potilaan nykyinen lääkitys kliinisen tilan seuranta-akkeeseen.

Perustelu: Potilaan ajankohtainen lääkitys tulee löytyä potilaspaperista. On huolehdittava myös siitä, että lääkitys päivitetään potilaskansion lisäksi lääketarjottimen lääkelistaan sekä

erilliselle lääkehuoneen seinällä olevaan listaan (listaan merkitään lääkkeet joiden antotavat ovat i.v/s.c/i.m/inhalaatio). ”Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät lääkehoidon tarpeesta ja lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksestä ja annetusta lääkehoidosta. Lääkkeiden määräämisen ja antamisen osalta näitä tietoja ovat lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos (esimerkiksi 1 tabl 3:sti vrk:ssa) ja annostelutapa, antopäivä ja -aika sekä antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä.” (STM 2006:25) Vuodeosastokuntoisella potilaalla lääkkeiden annot pyritään ajoittamaan siten, ettei hänen normaali vuorokausirytmensä häiriinny. Esimerkiksi yöllä ei mielellään tiputeta antibiootteja.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 4.

Kirjaa potilaan hoitoa koskevat suunnitelmat.

Perustelu: Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että hoidon suunnittelu näkyy potilaspaperissa. Tärkeitä kirjattavia asioita ovat mahdolliset tulevat leikkaukset, muiden erikoisalojen konsultaatiot, potilaan jatkohoitopaikka tai kotiutuksen ajankohta sekä palovammapoliklinikalle sovittu kontrolliaika. Tulevat laboratoriotutkimukset ja tutkimukset merkitään kliinisen tilan seuranta-kaavakkeelle. Sairaanhoidaja kirjaa lääkärin määräykset päivittäisen hoitosuunnitelman kaavakkeelle (ks. Liite 5.) sekä kirjaa potilaan voinnin oman työvuoronsa ajalta.

4.2 Viestimiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suosittelava kirjaamiskäytänne 5.

Kirjaa potilaalle annettu informaatio.

Perustelu: Potilasta on hyvä informoida kokonaistilanteesta ja jatkohoidosta, sekä aina etukäteen tulevasta hoitotoimenpiteestä. Potilaalle voi syntyä voimakasta pelkoa hoitotoimenpiteitä kohtaan joka muuttuu psyykkiseksi kivuksi. Kaikista hoitotilanteista on tärkeä kertoa potilaalle perusteellisesti etukäteen. (Härmä ym. 2003:8)

Suosittelava kirjaamiskäytänne 6.

Kirjaa psyykkiseen osa-alueeseen liittyen jos potilas tuo esiin pelkoa, huolta, ahdistusta tai surua ja onko tarvetta saada keskusteluapua.

Perustelut: Palovammapotilaalle herää monenlaisia tunteita tapaturmaansa liittyen. Niiden käsittely voi nousta kuntoutuksen aikana vielä enemmän esille. Palovammaosastolla potilailla on mahdollisuus keskustella sairaanhoitajien lisäksi asioistaan psykiatrin, sosiaalityöntekijän tai sairaalapastorin kanssa. Potilaita ja heidän omaisiaan varten osastolla on kriisiesitteitä. Sosiaalinen tuki on tärkeä suojaava tekijä vastapainoksi elämäntapahtumien kuormittavalle vaikutukselle. Sosiaalinen tuki suojelee erityisesti stressiherkkää ja masennukseen altistunutta ihmistä depressioon johtavalta kehitykseltä. Lähiyhteisön muodostaman sosiaalisen tuen lisäksi ihmisen selviytymistä ja ennustetta parantavat myös muut ulkoiset ja sisäiset voimavarat kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Lönqvist 2009)

Suositeltava kirjaamiskäytänne 7.

Kirjaa omaiset joille saa antaa potilasta koskevia tietoja.

Perustelu: Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13§:n mukaisesti potilastiedot ovat salassa pidettäviä tietoja, eikä niitä saa luovuttaa sivulliselle ilman potilaan asianmukaista suostumusta tai lakiin perustuvaa nimenomaista säännöstä. Myös potilaan omaiset lasketaan ko. laissa tarkoitettuihin sivullisiin, eikä myöskään heille voida potilastietoja yleensä luovuttaa ilman potilaan suostumusta. (Tietosuojavaltuutetun toimisto.) Palovammaosastolla pyritään siihen, että jos omaisia on paljon, niin yksi heistä toimii yhteyshenkilönä. Omaiset ovat potilaalle suuri voimavara koko hoidon ja kuntoutuksen aikana. (Varpio 2001:347). Omaisten vierailut sekä omaisten tiedottaminen ja tukeminen on myös hyvä kirjata.

4.3 Hengittämiseen liittyvä kirjaamisohje

Suositeltava kirjaamiskäytänne 8.

Kirjaa havainnot potilaan hengityksestä sekä SpO₂-mittaukset. Jos potilaalla on lisähapen tarve, kirjaa onko maski vai viikset sekä happivirtaus.

Perustelu: Hengityksen arviointi koostuu SpO₂-mittauksista, potilaan hengityksestä tehdyistä havainnoista (hengitysfrekvenssi, rintakehän liikkuvuus, apuhengityslihasten käyttö, ihon väri, hengityssäänet) sekä potilaan omista kokemuksista hengittämiseen liittyen.

Tarkat tiedot potilaan lisähapen tarpeesta tulee välittyä kirjaamisen kautta, jottei potilaan happeutuminen pääsisi vaarantumaan. Hengityksestä on hyvä kirjata myös pulloon puhallusmääräykset sekä huomiot liman erittymisestä. Pulloon puhallus-harjoitukset ovat tärkeitä keuhkojen kuntoutuksessa sillä ne auttavat liman irtoamista keuhkoista sekä avaavat kasaan painuneita keuhkorakkuloita. Mainitaan jos potilaan limaneritys on runsasta ja hengitysteitä täytyy imeä. Liman koostumuksen poikkeavuudesta voi kirjata (esimerkiksi verinen lima). Kir-

jaa myös jos potilas on erityisen levoton, sillä se voi olla merkki alkavasta hengitysvajauksesta. (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006).

4.4 Syömiseen ja juomiseen liittyvä kirjaamisohje

Suositeltava kirjaamiskäytänne 9.

Kirjaa onko potilaalle asetettu proteiini- ja kaloritavoite tai onko käytössä nestelista. Huomioi potilaan ruokahalu, mieleiset ruoat, ruokailun sujuvuus sekä tarvitseeko potilas ruokailuun apuvälineitä. Mahdolliset ruoka-aineallergiat on kirjattava. Tarvittaessa kirjaa potilaan paino.

Perustelu: Neste- ja ravitsemushoitoon liittyen on todella tärkeää, että tieto kalori- ja proteiinitavoitteesta sekä nestelistan pitämisestä välittyy, jotta potilaan saamat ravinto- ja nestemäärät tulee merkittyä. Ruokailusta on hyvä tietää etukäteen, miten ruoka ja juoma ovat potilaalle maistuneet, onko potilaalla pahoinvointia tai oksenteleeko potilas. Kirjatessa mainitaan onnistuuko potilaalta ruokaileminen itsenäisesti vai onko avun tarvetta.

Potilaan huomattava painon lasku viittaa liian vähäiseen ravintomäärään, mikä hidastaa potilaan kuntoutumista ja palovammahaavojen paranemista. Painoa seuraamalla voidaan havaita tarpeet ravinnon saannin tehostamiseksi, esimerkiksi lisäravinnejuomien käyttö.

4.5 Erittämiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suositeltava kirjaamiskäytänne 10.

Kirjaa onko potilaalla virtsakatetri tai onko virtsaamisessa otettava jotain muuta erityistä huomioon. Diureesin määrä kirjataan tarvittaessa.

Perustelu: Virtsan erityykseen liittyen on oleellista kirjata onko potilaalla kestopkatetri tai kertakatetroidaanko häntä, jotta hoidon suunnittelu helpottuu. Voidaan myös mainita jos potilas ei käy wc:ssä, vaan virtsaa esimerkiksi pulloon. Diureesia seurataan vuodeosastokuntoiselta potilaalta 2 kertaa vuorokaudessa ja virtsamäärät kirjataan ylös tarpeen mukaan. Virtsan määrä ja laatu (väri, sakkaisuus) kertovat potilaan nestetasapainosta.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 11.

Kirjaa potilaan vatsantoiminta sekä mahdolliset lisähuomiot.

Perustelu: Vatsantoiminnasta kirjataan ulosteen laatu (ripuli/ummetus) sekä viimeisin vatsantoiminta kerta. On myös hyvä kirjata tarvitseeko potilas laksatiiveja/vatsantoimitusta ja käyttääkö hän vaippaa/alusastiaa. Muuttuneet olosuhteet voivat vaikuttaa suolen toimimiseen. Hoidon aikana potilaan vatsantoiminta pyritään pitämään mahdollisimman säännöllisenä. Vatsan säännöllinen toimiminen ehkäisee ummetusta, jonka oireita ovat vatsan turpoaminen, vatsakipu, ilmavaivat sekä ulostamisvaikeudet. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007:274, 276)

Suosittelava kirjaamiskäytänne 12.

Kirjaa viimeisin palovammahaavanhoito, käytetyt materiaalit, seuraava suunniteltu haavanhoito, havainnot palovammoista sekä potilaan erityistarpeet haavanhoitoon liittyen.

Perustelu: Palovammahaavan hoidosta on kirjattava kattavasti. Tärkeitä asioita ovat kuinka paljon haavat erittävät ja mahdolliset infektion merkit (kuten haavaeritteen haju). On kirjattava milloin viimeksi haavanhoidot on tehty, mitä haavanhoitotuotteita on käytetty ja mille päivälle seuraava sidosten vaihto on suunniteltu. Erillinen haavan seurantaavake päivitetään aina haavanhoitojen jälkeen. Kirjataan myös, miten potilas kokee haavanhoidot ja kuinka paljon tarvitsee kipulääkettä haavanhoidoille, tai tarvitseeko humautuksen. Haavanhoidot on suunniteltava etukäteen, ja suunnittelua helpottaa kun tiedossa on tarvittavat haavanhoitotuotteet sekä minkä verran potilas on aikaisemmin tarvinnut kipulääkettä haavanhoitoja varten. Infektion merkeistä on tärkeä kirjata, jotta bakteeriviljely palovammalta tulee varmasti otettua ja tietoa osataan hyödyntää myös haavanhoitomateriaalin valinnassa.

Palovammaosastolla palovammahaavojen paranemisprosessia seurataan säännöllisin väliajoin otettavilla valokuvilla. Valokuvauspäivämäärä tulee kirjata. Valokuvat ottaa yleensä Töölön sairaalan valokuvaaja, joka tulee pyynnöstä osastolle. Jos valokuvaaja ei ole tavoitettavissa, voi valokuvauksen suorittaa sairaanhoitajakin.

4.6 Henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtimiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suositeltava kirjaamiskäytänne 13.

Kirjaa potilaan peseytymiset sekä niissä pärjääminen.

Perustelu: Kirjataan milloin potilas on viimeksi käynyt suihkussa sekä selviytykö hän itsenäisesti. Voidaan myös mainita miten päivittäiset pienemmät pesut (hampaat, kasvot, kainalot, alapesu) sujuvat. Potilaan ulkonäköön liittyen voidaan kirjata esimerkiksi parranajo tai jos hän tarvitsee apua pukeutumisessa. Näillä tiedoilla pystytään arvioimaan potilaan hoidon- ja avuntarve. Hoitajan tulee selvittää, mitkä ovat potilaan voimavarat itsensä hoitamiseksi. Potilasta ohjataan ja kannustetaan selviytymään mahdollisimman itsenäisesti, puolesta tehdään ainoastaan se missä potilas todella tarvitsee apua. (Anttila ym. 2007:46)

Suositeltava kirjaamiskäytänne 14.

Kirjaa huomiot potilaan ihon kunnosta ja hoidosta sekä mahdolliset käytössä olevat painetekstiilit.

Perustelut: Palovammapotilaan ihonkunnosta ja -hoidosta kirjataan päivittäin. Kirjataan esimerkiksi jos potilaan iho on erityisen kuiva ja ihoa tulee rasvata/öljytä useasti vuorokaudessa. Hyvin tarttunutta ja parantunutta ihonsiirrealuetta rasvataan perusvoiteella monta kertaa päivässä sen joustavana pysymiseksi. Myös parantunutta ihonottoa hoidetaan perusvoiteella. (Härmä ym. 2003:10-11) Havainnot painaumista ihosta kirjataan, että ne voidaan huomioida potilaan hoidossa ja siten ennaltaehkäistä mahdollisten makuuhaavojen syntymistä. Kirjaamisessa voidaan mainita myös jos potilas hoitaa ihoa itse. Jos käytössä on painetekstiilejä, kirjataan se ylös. Painetekstiileillä pyritään ehkäisemään arven liikakasvua. Niitä tulee käyttää ympäri vuorokauden lukuun ottamatta hygienianhoitoon kuluvaan aikaan. (Härmä ym. 2003:13)

4.7 Kehon lämmöstä huolehtimiseen liittyvä kirjaamisohje

Suositeltava kirjaamiskäytänne 15.

Kirjaa ylös potilaan lämmön seuranta.

Perustelu: Potilaan lämpötilan mittaukset, huomioiden ihon lämmöstä sekä potilaan runsas hikoilu on hyvä kirjata ylös. Jos potilas on palelevainen ja tarvitsee lämmitystä esimerkiksi lämpökaton tai -peitteen avulla, tulee sekin kirjata. Palovammapotilaan iho aistii herkemmin, ihonotto- ja ihonsiirre ovat arkoja kylmälle ja kuumalle. (Härmä ym. 2003:15).

Kun kehon lämpö on normaali, ihminen tuntee olonsa miellyttäväksi. Iho on tällöin viileä tai lämmin ja tuntuu kuivalta. Kehon lämmön kohotessa elimistö alkaa tuottaa lisää lämpöä. Lihasaktiiviteetti lisääntyy, tulee vilun väristyksiä ja ihminen tuntee palelevansa. Kuumeisella ihmisellä iho on väriltään punainen ja tuntuu kuumalta. Kehon lämmön laskiessa ihmisellä on kuuma ja hän hikoilee. Kuumetta pidetään tyypillisenä merkinä infektiosta. (Anttila ym. 2007:182)

4.8 Liikkumiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suosittelava kirjaamiskäytänne 16.

Kirjaa kirurgin, fysio- ja toimintaterapeutin potilaan liikkumiseen liittyvät hoitomääräykset sekä sairaanhoitajien hoito-ohjeet päivittäiseen hoitosuunnitelmakaavakkeeseen.

Perustelu: Liikkumisluvat on kirjattava selkeästi, esimerkiksi onko potilas vuodepotilaana, saako liikkua pyörätuolilla tai saako jo seisoa ja kävellä. Raajojen asentohoito on kirjattava: täytyykö raajoja pitää kohoasennossa/ripustuksessa tai täytyykö raajojen olla jossain tietyssä asennossa. Mahdolliset käytössä olevat lastat ja tukisidokset mainitaan potilaspapereissa. Asentohoidoilla voidaan vähentää turvotusta, säilyttää pehmytkudosten elastisuus, ehkäistä nivelten liikerajoituksia ja virheasentoja sekä suojata ihonotto- ja ihonsiirrekohtia. Fysio- ja toimintaterapeutti suunnittelevat asentohoidon, mutta toteutuksesta huolehtii koko hoitohenkilökunta. (Nikkonen & Tuominen 2001:340-341) Tästä syystä tiedon välittyminen kaikille on hyvin tärkeää.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 17.

Kirjaa potilaan kivusta sekä potilaalle annettu ylimääräinen kipulääkitys.

Perustelu: Potilaan kokeman kivun kirjaaminen on merkityksellistä hoidon kannalta. On syytä kirjata, mihin potilasta koskee ja minkä tyyppistä kipu on (äkillinen/jatkuva, asento-/kosketus/liikkumiskipu, tylppä/vihlova/viiltävä/kolottava). Kirjataan potilaan oma arvio kivun asteesta, Palovammaosastolla on käytössä VRS (verbal rating scale). Siinä potilaalta voidaan kysyä, mikä ilmaisu parhaiten kuvaa hänen kipunsa laatua tai voimakkuutta. Kivun voimakkuutta voidaan selvittää esimerkiksi kysymällä onko potilas kivuton, tai onko hänellä lievä, kohtalaista, voimakasta tai sietämätöntä kipua. (Heinonen 2007)

Kipu on aina subjektiivista ja moniulotteista. Ihmiset kokevat kivun yksilöllisesti. Kipua ei voida arvioida täydellisesti numeraalisella asteikolla. (Charlton 2005:35) Potilaan tarvitsemasta lisäkipulääkkeestä tulee tehdä merkintä, jossa näkyy lääkkeenantoaika, lääkkeen antaja, lääke, määrä ja antotapa. ”Riittävät ja huolelliset potilasasiakirjamerkinnät ovat tärkeitä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden oman oikeusturvan kannalta. Heidän velvollisuutenaan on tarvittaessa antaa Terveystieteiden tutkimuskeskukselle tai lääninhallitukselle selvitys lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon toteuttamisesta.” (STM 2006:25) On myös tärkeää kirjata kipulääkkeen antamisen jälkeen onko sillä ollut vastetta.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 18.

Kirjaa potilaan liikkumisen sujuvuudesta ja apuvälineiden tarpeesta.

Perustelut: Liikkumisesta kirjataan tarvitseeko potilas hoitajan tukea vai pystyykö liikkumaan itsenäisesti. Jos potilas käyttää liikkumisen apuvälineitä kuten esimerkiksi pyörätuolia, kyyräsauvoja, Eva-telinettä tai rollaattoria, se tulee mainita kirjatessa.

Itsenäisen liikkumisen edellytyksenä ovat riittävät käsi-, vartalo- ja jalkavoimat sekä kyky pitää riittävää tasapainoa yllä. Liikkumisen tukemiseen suunnitellut apuvälineet auttavat selviytymään paremmin ilman hoitajan tukea. Apuvälineiden keskeinen tavoite on taata liikkumisen turvallisuus sekä helpottaa jalkeille nousua ja kävelyä. (Anttila ym. 2007:215) Apuvälineiden oikea ja turvallinen käyttö edellyttää, että potilas on saanut ohjausta.

4.9 Työskentelemiseen, harrastamiseen ja leikkimiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suosittelava kirjaamiskäytänne 19.

Kirjaa potilaan sairauslomatoimittamisen tarve ja vahvistus kun lääkäri on sen kirjoittanut. Kirjaa jos sosiaalityöntekijä on pyydetty tapaamaan potilasta ja vahvistus, kun tapaaminen on toteutunut.

Perustelut: Sairauslomatoimittamisen kirjoittamisen edellytyksenä on, että lääkäri on todennut potilaalla työkykyyn vaikuttavan sairauden, joka ei ole hoidettavissa ilman poissaoloa työstä ja estää oman tai siihen verrattavissa olevan työn tekemisen. (Martimo 2006:158-159) Ilman asianmukaista sairauslomatoimittamista työntekijällä ei ole oikeutta sairausajan palkkaan.

Sosiaalihoitajan ammattitaitoista apua palovammapotilas voi tarvita esimerkiksi tilanteessa, jossa hänen koko asuntonsa on tuhoutunut tulipalossa. Palovammaosastolla merkinnät on totuttu tekemään näin: SVA-todistus +/-, eli pyyntö on tehty mutta todistusta ei ole vielä saatu. Sos.tt. +/+, eli pyyntö on tehty ja tapaaminen on jo toteutunut.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 20.

Kirjaa potilaalle mieluisat aktiviteetit.

Perustelu: Sairaalassa olevan potilaan elinpiirin muodostaa osasto sekä potilashuone. Päiväohjelmaan kuuluvat aamutoimet, lääkärinkierto, hoitotoimenpiteet ja ateriat. Suurimpia ongelmia hoidossa olevien ihmisten elämässä on pitkästyminen, sillä suurin osa valveillaoloajasta on vailla ohjelmaa. (Anttila ym. 2007:332) Potilaan mielialaa kohottaa mahdollisuus tehdä itselleen mieluisia ja tärkeitä asioita, joita hän kotonakin harrastaisi, esimerkiksi tv:n katsominen tai lukeminen. Kirjaamisessa voi mainita potilaan käynneistä osaston ulkopuolella kuten kanttiinissa tai tupakointialueella.

Kun kyseessä on lapsipotilas, on tärkeää että hän saa leikkiä myös sairaalassa ollessaan. Leikki sopeuttaa lasta sairaalassa oloon, tuo mielihyvää ja iloa, ja antaa voimavaroja vaikeistakin tilanteista selviytymiseen. Leikkiminen myös suuntaa ajatuksia pois sairaudesta ja edistää lapsipotilaan toipumista ja kuntoutumista. (Iivanainen & Syväoja 2008:24). Lapsipotilaan kohdalla voidaan mainita mieluisa leikkimismuoto (esimerkiksi pallopeti), joka voi olla osa kuntoutusta.

4.10 Sukupuolisuuden ilmaisemiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suosittelava kirjaamiskäytänne 21.

Kirjaa potilaan genitaalialueen mahdolliset ihorikot ja haavaumat.

Perustelu: Genitaalialueella on paljon bakteereja, joten haavat sillä alueella infektoituvat herkästi. Virtsakatetri lisää infektioriskiä. Intiimihygieniasta on huolehdittava tällöin tavallista paremmin. Auttaessaan potilasta henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtimisessa sairaanhoitajat näkevät potilaan alasti ja koskettavat sellaisia osia potilaan kehossa, jotka ovat tavallisesti katseilta suojattuna. Potilasta rauhoittaa, jos sairaanhoitaja hoitaa tällaiset tilanteet järkevästi, hyväksyy kummankin osapuolen vaivautuneisuuden sekä auttaa potilasta säilyttämään arvokkuutensa ja yksityisyytensä. (Roper ym. 1992:290) On hyvä kirjata miten potilas suhtautuu avun vastaanottamiseen intiimialueidensa hoidossa (esimerkiksi ujous tai arkuus). Luonnollisesti potilaan annetaan itse hoitaa intiimihygieniansa aina kun se on mahdollista.

Suosittelava kirjaamiskäytänne 22.

Kirjaa potilaan kanssa käydyt keskustelut palovamman vaikutuksesta sukupuolielämään ja omaan identiteettiin.

Perustelu: Palovammalla on usein vaikutusta ihmisen identiteettiin ja mahdollisesti myös seksuaalielämään. Vaikea palovamma aiheuttaa suuren ulkonäöllisen muutoksen, ja etenkin jos se on näkyvällä alueella kuten kasvoissa, se vaikuttaa potilaan itsetuntoon ja identiteettiin. Palovamma voi vaikuttaa myös sukupuolielämään, etenkin jos se on genitaalialueella.

4.11 Nukkumiseen liittyvä kirjaamisohje

Suositeltava kirjaamiskäytänne 23.

Kirjaa potilaan uni-valve-rytmistä.

Perustelu: Potilaan univalve-rytmistä on tärkeää kirjata. Merkintöjä tehdään mm. siitä, saako potilas nukuttua yönsä sairaalassa, tarvitseeko hän uni/nukahtamislääkettä ja onko potilas päivisin virkeä vai väsynyt. Potilaalta on hyvä kysyä miten hän on kotona nukkunut.

Nukkuminen on monimutkainen ja muutoksille herkkä toiminto. Virkistävää unta pidetään parantavana ja siksi on tärkeää, että sairaanhoitaja tuntee potilaan nukkumistavat ja käyttää tietoja yksilöllisen hoitotyön suunnitelman laatimiseen. (Roper ym. 1992:308.) Youngin ym. (2008) tutkimuksen mukaan sairaalassaolo saattaa vaikuttaa häiritsevästi potilaan uneen, mikä voi pahentaa kipua, sydämen ja keuhkojen tilaa sekä psyykkistä terveyttä akuutisti sairailta potilailla. Unenlaatu kertoo paljon potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Potilaan unenlaadun tarkkailun tulisi kuulua rutiininomaisesti hoitoon.

4.12 Kuolemiseen liittyvät kirjaamisohjeet

Suositeltava kirjaamiskäytänne 24.

Kirjaa potilaan hoidon rajaamisesta ja hoitotahto.

Perustelu: Tilanteessa, jossa potilaan hoitoa on päädytty rajaamaan, täytyy potilaspapereihin kirjata seuraavat asiat: perustelut hoitolinjauksen valintaan ja hoidon rajaamiseen, keskustelut potilaan ja tämän omaisten kanssa, saattohoitosuunnitelma ja hoitolinjauksen päättäneiden lääkäreiden nimet sekä päivämäärä. Potilaan hoitotahto on selvitettävä, ja sen mukaisesti on toimittava. Jos potilaan hoitotahto ei ole selvillä eikä potilas itse pysty sitä ilmaisemaan, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultavasta asiaan liittyen ennen hoitopäätöksen tekoa. (Karvonen 2008:2-3.)

Suosittelava kirjaamiskäytänne 25.

Potilaan kuollessa Palovammaosastolla tulee toimia yleisen ohjeistuksen mukaisesti ja kirjata siitä.

Perustelu: Potilaan kuolemasta ilmoitetaan päivystysaikana päivystävälle anestesia- ja plastiikkakirurgille. Omaisten informointi viiveettä on tärkeää. Palovammapotilaan kuollessa asiasta ilmoitetaan traumapaikkakunnan poliisin väkivaltajaokselle. Vainajan laitto tehdään yleisen käytännön mukaan potilasta kunnioittaen. Palovammaosastolta vainaja siirretään kappeliin vainajan laitton jälkeen. Mikäli potilaan omaiset haluavat nähdä vainajan, työvuorossa oleva sairaanhoitaja lähtee mukaan. Lääkärin todettua kuoleman kuolinaika kirjataan potilas-papereihin ja paperit jäävät Palovammaosastolle odottamaan oikeuslääketieteenlaitoksen pöytäkirjaa. Kuolinajan toteamisen jälkeen infuusiot suljetaan, kaikki dreemit, kanyylit ja katetrit korkataan sekä jätetään vainajaan. Oberon-järjestelmään tehdään potilaan uloskirjaus. (Rantala ym. 2010:71)

5 Projektin arviointi

Opinnäytetyömme tarkoitus oli alusta asti kehittää kirjaamista Palovammaosastolla laatimalla selkeät yhtenäiset kirjaamisohjeet. Aihe tarkentui Saaran harjoittelun aikana koskemaan vaihetta, jossa potilas siirtyy tehohoitoisesta vuodeosastokuntoiseksi. Tämä ehdotus tuli osaston sairaanhoitajien taholta. Opinnäytetyön tekemisen kannalta oli todella tärkeää ja hyödyllistä, että olimme kummatkin syventävällä harjoittelujaksolla sekä kesän sairaanhoitajan sijaisina Palovammaosastolla. Pääsimme näkemään mitä eri osa-alueita palovammapotilaan hoitoon käytännössä kuuluu, sekä kirjaamaan itse potilaan hoidosta. Olisi ollut hyvin hankalaa, ellei jopa mahdotonta, laatia käyttökelpoiset kirjaamisohjeet jos ei olisi päässyt tutustumaan osastolla vallitseviin hoito- ja kirjaamiskäytänteisiin.

Kirjaamisohjeet perustuvat tutkittuun tietoon, lääketieteen ja hoitoalan kirjallisuuteen, hyväksi havaittuihin toimintatapoihin sekä kokemusnäyttöön. Ohjeet ovat suunnattu nimenomaan Töölön sairaalan Palovammaosaston henkilökunnalle, eivätkä ne sovellu muihin hoitoympäristöihin sellaisenaan ilman muokkaamista. Yhtenäisillä kirjaamisohjeilla pyrimme kehittämään kirjaamista, parantamaan potilasturvallisuutta ja tiedon kulkua sekä helpottamaan sairaanhoitajien työtä. Toivoisimme että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä Palovammaosaston henkilökunnalle, ja että suositellavat kirjaamiskäytännöt otettaisiin käyttöön.

5.1 Oma oppiminen

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja raskas. Samalla se kasvatti meitä tulevaan ammattiimme ja opetti tiedonhankintaa, aikatauluttamista sekä pitkäjänteisyyttä. Prosessi kesti kaiken kaikkiaan noin vuoden, mutta suurimman panostuksen työmme valmiiksi saamiseen teimme syysmarraskuussa 2011. Opinnäytetyön tekemisen parityönä koimme helpoksi ja sujuvaksi. Yhteistyömme oli saumatonta eikä aikataulujen yhteensovittaminen tuottanut ongelmaa. Työssä yhdistyivät kahden henkilön ideat, näkemykset, mielipiteet sekä kokemukset. Koemme, että tämä rikastutti työtämme ja se olisi jäänyt suppeammaksi ilman työparia.

Haasteeksi opinnäytetyöprosessissa nousi se, että samanaikaisesti koulumme puolesta oli keväällä 2011 paljon kirjallisia, aikaa vieviä töitä. Tämä vaikutti siihen, ettei opinnäytetyömme edennyt suunnitellulla tavalla. Kesällä 2011 aikamme ja voimavaramme keskitimme suurimmaksi osaksi työskentelyyn Palovammaosastolla. Jälkeenpäin ajateltuna olisi pitänyt tehdä määrätietoisesti tiukempi aikataulu opinnäytetyöprosessille, jotta olisimme välttyneet loppuvaiheessa ajan niukkuudelta.

Opinnäytetyöprosessi sisälsi syventävät harjoittelujaksomme osastolla sekä molemmille ensimmäisen kerran toimia sairaanhoitajan sijaisena. Palovammaosasto on vaativa ja erityislaatuinen työympäristö. Saimme sieltä valtavasti uusia tietoja ja taitoja. Sairaanhoitajilla on Palovammaosastolla suuri vastuu potilaistaan, mutta koimme sen turvallisiksi työpaikaksi kokemattomillekin sairaanhoitajille, sillä työyhteisön muilta jäseniltä saa paljon tukea ja apua kun sitä tarvitsee. Koemme molemmat kasvaneemme ammatillisesti Palovammaosastolla ollessamme ja tätä tunnetta vahvistaa se, että tulemme molemmat työskentelemään siellä tämän prosessin päätteeksi.

Lähteet

Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Pettilä, V. & Ruokonen, E. 2010. Tehohoito-opas. 3. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. WSOY. 11. uudistettu painos.

Charlton, J. 2005. Core Curriculum for Professional Education in Pain. A report of the Task Force on Professional Education of the International Association for the Study of Pain. IASP Press. Seattle. Viitattu 15.11.2011 <http://issuu.com/iasp/docs/core-curriculum?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Fdarkicons%2Flayout.xml&showFlipBtn=true>

Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY.

FINLEX. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 7.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

FINLEX. 2010. Terveystietolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 21.11.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi. Keuruu

Heinonen, M. 2007. Kivun arviointimenetelmät. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 3.12.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Palovammaosasto. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,651,2175,2180,2181,2029>

Herndon, D., Mecott-Rivera, G & Al-Mousawi, A. 2009. Burn Teams and Burn Centers: The Importance of a Comprehensive Team Approach to Burn Care. Teoksessa Clinics in Plastic Surgery: Burns. Cartotto, R.

Härmä, M., Ruokonen, E., Harvima, I. & Takala, J. 1996. Palovammojen hoito. Duodecim. Viitattu 25.10.2011 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo60306

Härmä, M., Mikkonen, K., Avikainen, T., Tomminen, O., Tuominen, R., Varpio, O. & Kauppinen, M. 2003. Iholiitto ry. Vaikeat palovammat. Loimaan Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Ilmarinen, S. 2010. Palovammapotilaan haavanhoito. Teoksessa Töölön sairaalan Palovammaosaston hoito-ohjeet. HUS.

Karlsson, S. Tehohoito-lehti 2/2009. Sedaation ja kivunhoidon tavoitteet.

- Karttunen, M. & Väisänen, L. 2007. Therapia Fennica. Traumaattiset kriisit ja niiden hoito. Toim. Mäyränpää, M. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 7.11.2011
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Traumaattiset_kriisit_ja_niiden_hoito
- Karvonen, J. 2008. Hoidon rajaaminen ja elämän loppuvaiheen hoito sairaalassa. Johtajayli-lääkärin ohje 10/2008. HUS. Viitattu 5.12.2011.
www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1732,17883,27344
- Koponen, L., Mattila, L-R. & Häggman-Laitila, A. 2007 Perheenjäsenen tehohoito omaisen nä-kökulmasta - katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede 1/2008
- Laitila, M. Töölön sairaalan Palovammaosaston osastonhoitaja. Henkilökohtainen tiedonanto. 2011.
- Liljeblad, T-K. 2007 Hankesuunnitelma. HYKS-sairaanhoitoalueen kirurgian toimialan ja Lau-rea-ammattikorkeakoulun hoitotyön laadunkehittämishanke vuosille 2007-2012.
- Low, J. 2007. It's not just a burn. Uppsala Universitet.
- Lu, G., Huang, J., Yu, J., Zhu, Y., Cai, L., Gu, Z. & Su, Q. 2010. Influence of early post-burn enteral nutrition on clinical outcomes of patients with ex-tensive burns. Viitattu 25.10.2011.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082077/?tool=pubmed>
- Lund, V. Suomen Lääkärilehti. 13/2011. Milloin aikuispotilaan hoito teho-osastolla on tarpeen?
- Lönnqvist, J. 2009. Duodecim Terveyskirjasto. Stressi ja depressio. Viitattu 7.11.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020
- Malinen, L. Töölön sairaalan Palovammaosaston toimintaterapeutti. Henkilökohtainen tiedon-anto. 2011.
- Martimo, K-P. 2006. Lyhytaikaisen työkyvyttömyyden toteaminen. Lääkärin käsikirja Duode-cim. Viitattu 15.11.2011 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95463.pdf>
- Mazanikov, M. & Pöyhiä, R. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 9/2011. Potilassäätöi-nen sedaatio.
- Mustajoki, P. 2010. Lääkärikirja Duodecim. Sokki. Viitattu 20.12.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00080
- Mölsä, A. 1991 Suomenkielisen laitoksen esipuhe. Teoksessa Hoitotyön perusteet. Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1992 Tammer-Paino Oy, Tampere
- Palovammaosaston hoitotyön toimintaideologia. 2010.
- Papini, R. 2004. Management of burn injuries of various depths. Viitattu 25.10.2011.
<http://www.bmj.com/content/329/7458/158.full>
- Pyykkö, A. 2004 Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto
- Rantala, M., Vuola, J., Koljonen, V. & Laitila, M., Ilmarinen, S., Kauppi, K., Lång, M. 2010. Töölön sairaalan Palovammaosaston hoito-ohjeet. HUS.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1992. Hoitotyön perusteet. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Roper, N., Logan, W. & Tierney. 2000. The Roper - Logan - Tierney Model of Nursing, Based on Activities of Living. Toim. Tomey, A. Churchill Livingstone. Viitattu 1.11.2011.
http://www.google.com/books?hl=fi&lr&id=RJ21IkAZQQ4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=roper-logan-tierney&ots=PSuZN_fwky&sig=xVk8KgGZNZB56Ret18s4cYspPuk#v=onepage&q&f=false

Salanterä, S. Tehohoito-lehti 2/2009. Tehohoitopotilaan akuutin kivun arviointi ja mittaaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Viitattu 3.10.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yliopistopaino. Helsinki.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä. 2006. Käypähoitosuositus: Hengitysvajaus. Viitattu 8.1.2012.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukseset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50045

Suomen Mielenterveysseura ry. 2009. Traumaattisen kriisin vaiheet. Viitattu 1.11.2011.
https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmpl?id=621

Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. Viitattu 4.10.2011
<http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf>

Tietosuojavaltuutetun toimisto. Viitattu 7.11.2011. <http://www.tietosuoja.fi/28999.htm>

Tuuliainen, E. & Lahtinen, M. Sairaanhoitaja-lehti 10/2005. Sairaanhoitajakonsultaatio helpottaa potilaan siirtymistä teho-osastolta vuodeosastolle. Viitattu 9.11.2011
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2005/muut_artikkelit/sairaanhoitajakonsultaatio_helpp/

Vuola, J., Nikkonen, M., Tuominen, R. & Varpio, O. Palovammat. Teoksessa: Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, P. & Vilkkumaa, I. 2001. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuola, J. Palovamma. Teoksessa: Haava. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. 1. painos. Porvoo WS Bookwell Oy.

Williams, C. 2008 Fluid resuscitation in burns patients 1: Using formulas. Viitattu 14.11.2011
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/accident-and-emergency/fluid-resuscitation-in-burns-patients-1-using-formulas/1060595.article>

Young, J., Bourgeois, J., Hilty, D. & Hardin, K. 2008. Sleep in hospitalized medical patients, Part 1: Factors affecting sleep. Journal of Hospital Medicine. Viitattu 14.11.2011
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.372/abstract>

Liitteet

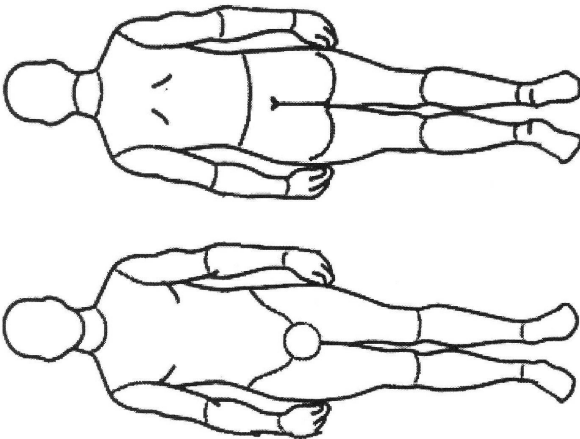
Liite 1. Palovamma status-kaavake.....	51
Liite 2. Haavan seurantakaavake.....	52
Liite 3. Suomen Tehohoitoyhdistyksen yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa	53
Liite 4. Kliinisen tilan seurantakaavake.....	56
Liite 5. Päivittäinen hoitosuunnitelma-kaavake	57
Liite 6. Tutkijan taulukko	58

Liitteet
Liite 1. Palovamma status-kaavake

PALOVAMMATULOSTATUS (LOPULLINEN)

HUS
Töölön sairaala/Palovammaosasto

Päiväys: Klo: Lääkäri:
Tapat.päivä: Tapat.aika:



	1-4 v	5-9 v	10-14 v	Aikuinen	II -aste	III -aste
PÄÄ	17	13	11	7		
KAULA	2	2	2	2		
ETUVARTALO	13	13	13	13		
TAKAVARTALO	13		13	13		
OIKEA PAKARA	2,5	2,5	2,5	2,5		
VASEN PAKARA	2,5	2,5	2,5	2,5		
GENITAALIT	1	1	1	1		
OIKEA OLKAVARSI	4	4	4	4		
VASEN OLKAVARSI	4	4	4	4		
OIKEA KYYNÄRVARSI	3	3	3	3		
VASEN KYYNÄRVARSI	3	3	3	3		
OIKEA KÄSI	2,5	2,5	2,5	2,5		
VASEN KÄSI	2,5	2,5	2,5	2,5		
OIKEA REISI	6,5	8	8,5	9,5		
VASEN REISI	6,5	8	8,5	9,5		
OIKEA SÄÄRI	5	5,5	6	7		
VASEN SÄÄRI	5	5,5	6	7		
OIKEA JALKA	3,5	3,5	3,5	3,5		
VASEN JALKA	3,5	3,5	3,5	3,5		
YHTEENSÄ						

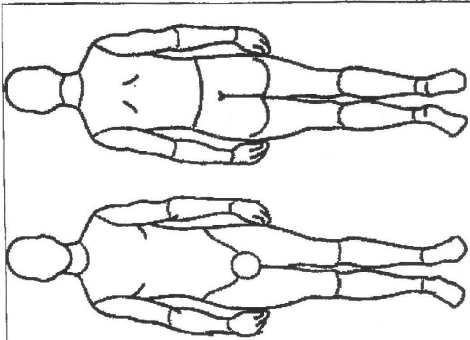
Potilaan paino _____ Potilaan pituus _____ Parklandin kaava: 4 ml x _____ kg x _____ TBSA = _____

Perussairaudet : 8 ensimmäistä tuntia _____ ml
16 seuraavaa tuntia _____ ml

Liite 2. Haavan seuranta-kaavake

HAAVAN SEURANTA-KAAVAKELOMAKE

Haavatyyppi	p.o.p.	Peittemat/ paikallishoito	Väri	al.pv.	Side/ vrk	Arviointi



Erityishuomiot _____ Suihkutus _____
Hoitaja/lääkäri/pvm: _____

Liite 3. Suomen Tehohoitoyhdistyksen yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa

Elämän säilyttäminen

Jokaisella on oikeus saada asianmukaista apua kun hengenvaara uhkaa. Elämän säilyttäminen on lääkintäetiikan keskeinen periaate ja sen merkitys vielä korostuu tehohoidossa. Hengenvaaraan joutuneen ihmisen elämä on aina pyrittävä pelastamaan voimavaroja säästämättä kaikin tehohoidon keinoin. Tämä edellyttää kuitenkin sen, että hoito on potilaan tahdon mukaista. Niin kauan kuin hengenvaaran arvioidaan olevan tilapäinen, elämän säilyttämisen eettinen velvoite jatkuu. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:3)

Kärsimysten lievittäminen

Kun ihminen on välittömässä hengenvaarassa, liittyy tilaan tai sairauteen poikkeuksetta huomattavia kärsimyksiä. Fyysinen kipu ja stressi ovat kärsimysten ensisijaisia aiheuttajia. Turvattomuuden tunne, kuoleman pelko tai pelko lähimmäisen menettämisestä usein aiheuttavat kuitenkin enemmän kärsimystä kuin sairauden fyysiset vaikutukset. Lääketieteelliseltä ja eettiseltä kannalta katsottuna kivun hoito kuuluu tehohoidon kulmakiviin. Tehohoidon aikana ei tarvitse varoa vahvojen kipulääkkeiden aiheuttamaa hengityslamaa, joka muissa olosuhteissa voi estää tehokkaan kivun hoidon toteuttamisen. Tehohoito-olosuhteet tuovat monille akuutissa hengenvaarassa turvallisuuden tunnetta. Pitkittynyt tehohoito tai tajunnan palautuminen vieraassa ympäristössä voivat kuitenkin herättää hädän ja turvattomuuden tunteen. Tilanteen selittäminen ja jatkuva kommunikaatio potilaan kanssa lievittävät parhaiten näitä tunteita. Kriittisesti sairaan läheisten kärsimykset saattavat olla jopa suuremmat kuin potilaan kokemat. Perusteellinen, kiireetön ja totuudenmukainen tiedottaminen sekä keskustelut läheisten kanssa kuuluvat koko tehohoitohenkilökunnan keskeisiin eettisiin velvollisuuksiin. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:3-4)

Lisähaittojen välttäminen

Tehohoidossa vahingoittamisen välttämisen periaatteen noudattaminen on erityisen aiheellista. Valvonta- ja hoitotoimenpiteisiin liittyy aina lisähaittojen mahdollisuus ja pelkästään potilaan ottaminen tehohoitoon lisää hänen infektioriskiä. Lisä haittojen seuraukset saattavat olla tuhoisat, joten jokaisen toimenpiteen hyödyt on punnittava erittäin tarkasti sen aiheuttamia riskejä vastaan. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:4)

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Potilaan oikeus päättää omasta hoidosta on loukkaamaton. Tehohoidossa itsemääräämisoikeuden tärkeys korostuu, koska hengenvaaratilanteet liittyvät usein pidemmällä tähtäimellä parantumattomiin sairauksiin. Itsemääräämisoikeutensa perusteella potilaalla on oikeus päättää itseään koskevista asioista tehohoidonkin yhteydessä. Tämä koskee myös hoidon rajaamista edellyttäen, että potilas on tehnyt päätöksensä henkisesti itse-

näisenä ja ymmärtänyt päätöksen seuraukset. Vastaavasti hoidon jatkamistoivomusta on kunnioitettava epätoivoisessakin tilanteessa, jos ristiriitaa ei synny kärsimyksen lievittämismahdolluuteen tai tehohoitopaikkaa enemmän tarvitsevan potilaan oikeuksien suhteen.

(Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:4)

Totuudellisuus

Tehohoidossa olevalla potilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus totuudenmukaiseen tietoon tilanteesta sekä sen kehittymiseen vaikuttavista seikoista. Totuudellisuuden vaatimus yksiselitteinen potilaalle kerrottavan tiedon osalta. Läheisille sen sijaan saa kertoa ainoastaan hoidettavasta sairaudesta ja siihen vaikuttaneista tai vaikuttavista syistä. Tietoja potilaan aiemmista sairauksista ja elämäntavoista saa luovuttaa muille vain potilaan luvalla.

(Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:4)

Oikeudenmukaisuus

Jokaisella ihmisellä on tilapäiseen hengenvaaraan jouduttuaan yhtäläinen oikeus saada tehohoitoa. Ihmisarvo on tässä suhteessa loukkaamaton. Hoidon tarpeellisuuden arviointiin ei saa vaikuttaa potilaan ikä, sukupuoli, uskonnollinen vakaumus, rotu, yhteiskunnallinen asema, elämän tavat, varallisuus tai muu vastaava ominaisuus. Jokaisen tehohoitolääkärin eettinen velvollisuus on varmistaa tehohoitopalvelujen oikeudenmukainen saatavuus. Toinen keskeinen oikeudenmukaisuusperiaate on potilaan oikeus erityishoitoihin. Mikäli potilaan tila tai sairaus edellyttää hoitoa toisella erityishoitoon varustautuneella osastolla, on asiasta rehellisesti kerrottava potilaalle ja omaisille. Pääsääntöisesti potilaalla on oikeus tulla siirretyksi erityishoitoon kaikissa sellaisissa tilanteissa, joissa järjestely todennäköisesti parantaa hänen mahdollisuuksiaan selviytyä hengenvaarasta. Tällöin taloudelliset näkökohdat tai perusteeton ammatillisuus eivät saa vaikuttaa päätöksen tekoon.

(Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:5)

Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidossa

Päivystysluonteisessa tehohoidossa potilaan kyvyttömyys päättää itse hoidostaan on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Vaikea sairaus ja siihen liittyvät lääkehoidot horjuttavat tajua saankin olevan potilaan arvostelukykä niin, että tahdonilmaisuihin täytyy hoitoa aloitettaessa suhtautua kriittisesti. Jos potilas ei kykene tuomaan ilmi tahtoaan hoitonsa suhteen, on ongelmatapauksissa pyrittävä selvittämään potilaan läheisten kanssa, miten he omaisensa tuntien uskoisivat tämän itse päättävän kyseisessä tilanteessa. Tilanteessa jossa läheisten käsitykset hoidon rajoittamisesta ovat ristiriitaisia, tehohoidon asiantuntijan on meneteltävä oman parhaan ymmärryksensä mukaisesti. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet.

1997:5)

Kuoleva potilas tehohoidossa

Tehohoito määritelmänä sisältää jatkuvan kuoleman riskin olemassaolon. Tilapäiseksi arvioitua hengenvaaraa ei aina yrityksistä huolimatta pystytä torjumaan. Kuolevaa potilasta hoidettaessa on ennusteen toivottomuus todettava luotettavasti. On valmisteltava läheisiä kohtaamaan kuolema, rajattava hoitoa teknisesti, keskityttävä oireiden lievittämiseen sekä epävarmuuden vähentämiseen. Potilaan ennusteen toivottomuus voidaan vain harvoin todeta täysin varmasti. Epävarmuuden vuoksi päätökset olla aloittamatta hoitoa tai luopua jo aloitetusta hoidosta ovat todella raskaita. Hoidosta luopuminen pitäisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä ratkaisemaan usean asiantuntija yhteispäätöksellä. Se toisaalta lisää ratkaisun luotettavuutta ja toisaalta keventää päätöksentekijöiden ja omaisten henkistä taakkaa.

Tajuissaan olevalle potilaalle on kerrottava lähestyvästä kuolemasta. Häntä on autettava kaikin tavoin kohtaamaan kuolema arvokkaasti ja toivomuksiensa mukaisesti. Potilaan omaisille on kerrottava tilanteen toivottomuudesta heti kun se on riittävän luotettavasti todettu. Tavoitteena on, että omaiset ymmärtävät hoidon rajaamisen ennen kuin siihen ryhdytään. Sen jälkeen kun potilaan ennusteen toivottomuus on käynyt ilmeiseksi ja omaisia on informoitu tilanteesta, voidaan luopumista elintoimintojen tukihoidosta pitää eettisesti hyväksyttävänä. Loppuun asti on huolehdittava siitä, ettei potilaalla ole kärsimyksiä ja että olosuhteet mahdollistavat arvokkaan kuoleman ja omaisten hienovaraisen huomioonottamisen.

(Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:6)

Turha hoito

Lääketieteellisesti perustelematonta tehohoitoa ei koskaan pidä antaa. Kuitenkin jos kyseessä on omaisten toivomuksesta tapahtuva lyhytaikainen hoidon jatkaminen, se tulisi mahdollisuuksien mukaan toteuttaa. Tilanteessa, jossa lääkäreillä on keskenään selviä erimielisyyksiä hoidon tarpeellisuudesta, olisi välttämätöntä päästä yksimielisyyteen. Jos hoidon jatkaminen estää parempiennusteisten potilaiden hoitoon pääsyn, on tehohoitolääkärin kuitenkin alansa asiantuntijana lopetettava hoito. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997:7)

Liite 5. Päivittäinen hoitosuunnitelma-kaavake

711441 HUS-10-1530

Osasto

Pvm.

Lääkärin määräykset

Terveystieteet ja
voimavarat

Hoidotavoitteet ja menetelmät

Alka

Hoito ja arviointi

Potilaan nimi – henkilötunnus

PÄIVITTÄINEN HOITOSUUNNITELMA

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI, HYKS

klinikka

Offinet Laskutus Oy (8-11)

Liite 6. Tutkijan taulukko

Kirjoittajat, vuosi, tutkimus, lähde	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Aineiston keruumenetelmät	Luotettavuus	Tutkimustulokset
Koponen, L. Mattila, L-R. Häggman-Laitila, A. 2007. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta - katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede Vol. 20, 1/2008.	Tarkoituksena oli kuvata tehohoidossa olevan potilaan omaisen näkökulman huomioimista ja omaisen saamaa tukea. Tutkimuskysymyksiä olivat: Miten omaisen näkökulmaa on huomioitu, mitä hoitotyön auttamismenetelmiä on kuvattu, mitä hyötyä auttamismenetelmistä on ollut, miten omaisia tulisi huomioida ja mitä eettisiä ja metodologisia näkökohtia tutkimuksissa on esitetty?	Aineiston muodostivat 24 hoitotieteen kansainvälisissä tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistua empiiristä tutkimusartikkelia, jotka löytyivät Cinahl, PubMed ja EBSCO-tietokannoista.	Aineisto analysoitiin tutkimuskysymyksittäin sisälön analyysin avulla.	Omaisten näkökulman kuvauksessa nimettiin kolme pääkategoriaa: Omaisten kokemukset, tarpeet ja selviytymiskeinot. Yläkategorioita nimettiin seitsemän: Tunnekokemukset, toimintakokemukset, tiedontarpeet, osallistumisen tarpeet, huojentumisen tarpeet, selviytymistä kuvaavat keinot sekä heikkoa selviytymistä tai haa-voittuvuutta kuvaavat keinot. Omaisten huomioimiseksi esitettiin kehittämisehdotuksia hoitotyöhön.
Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.	Tarkoituksena on kehittää ja arvioida tietojärjestelmään soveltuva potilaan ja hänen läheistensä hoitotyötä kuvaava tehohoitotyön malli.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla toimintatutkimusryhmään osallistuneilta hoitajilta, toimintatutkimusryhmästä muodostettujen pienryhmien ja toimintatutkimusryhmän tuottamista kirjallisista aineistoista, äänittämällä raporttitalanteita ja tutkijan kirjallisista muistiinpanoista.	Tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisälönanalyysillä.	Malli erotteli tulotyyppiltään ja sairauden vaikeusasteiltaan erilaisten potilaiden hoitotyötä. Mallin avulla voitiin kuvata hyvin potilaiden kuoleman riskiä. Malli antoi suuremmat hoitoisuuspisteet ja henkilökunnan määrällisen tarpeen päinvastoin kuin TISS-potilaille, jotka

				olivat tulovaiheessa sairaampia ja joiden hoitoaika oli pitkä ja kuolleisuus suuri. Mallia voidaan käyttää lähtökohtana näyttöön perustuvan keskitason teorian kehittämiseen, jolla voidaan antaa perusteet osoittaa tehohoitotyön vaikuttavuutta potilaan kokonaishoidossa.
Lu, G. Huang , J. Yu, J. Zhu, Y. Cai, L. Gu, Z & Su, Q 2010 Influence of early post-burn enteral nutrition on clinical outcomes of patients with extensive burns. Journal of clinical biochemistry and nutrition.	Tarkoituksena oli arvioida aikaisessa vaiheessa aloitetun enteraalisen ravitsemuksen vaikutuksia laajan palovamman saaneiden potilaiden hoidon tuloksiin.	60 laajan palovamman saaneen potilaan potilastietoja tarkasteltiin takautuvasti. Potilaista 35:lle oli aloitettu varhain enteraalinen ravitsemus ja 25:lle parenteraalinen ravitsemus . Potilaat olivat saaneet hoitoa vuosina 2002-2007 Palovamma yksikössä kiinalaisessa sairaalassa.	Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla	Tuloksena saatiin että infektioiden esiintyvyys oli huomattavasti alhaisempi varhaisessa vaiheessa enteraalista ravitsemusta saaneilla potilailla kuin parenteraalista ravitsemusta saaneilla (17.1% vs. 44.0%).
Young, J. Bourgeois, J. Hilty, D. & Hardin, K. 2008. Sleep in hospitalized patients, Part 1: Factors affecting sleep. Journal of hospital medicine	Tarkoituksena oli selvittää unen häiriintymistä ja sen vaikutuksia sairaalassa olevilla potilailla.	PubMed- tietokannasta etsittiin artikkeleita käyttäen termejä "sleep deprivation", "sleep" or "insomnia" and "hospitalized", "inpatient", "critical illness" or "acute illness". Haku rajattiin englannin kielisiin artikkeleihin, jotka olivat julkaistu vuosina 1997-2008.		Tuloksena saatiin että sairaalassa olo voi häiritä potilaan unta vakavasti. Tämä voi aiheuttaa akuutisti sairastuneilla potilailla kivun pahenemista, sydämen ja keuhkojen tilan sekä psyykkisen terveyden heikkenemistä.

<p>Aili Low, J. 2007. It's Not Just a Burn - Physical and Psychological Problems after Burns. Uppsala Universitet.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia palovamman jälkeen sekä selvittää psyykkisten ongelmien vaikutuksia palovammapotilaan kliniseen hoitoon.</p>	<p>Tutkimukseen otettiin mukaan kolme potilasryhmää joita hoidettiin Uppsalan Yliopistollisen sairaalan Palovammayksikössä vuosina 1980-2005.</p>	<p>Tutkimuksessa ja aineiston analyysissä käytössä olivat seuraavat menetelmät: BSHS, SSP, IES-R, strukturoitu haastattelu, SCID-1 lomake.</p>	<p>Painajaiset ja kutina olivat yleisiä palovamman jälkeisiä ongelmia: 59 % henkilöistä kertoivat kutinasta ja 43 % painajaisista. Neuroottinen persoonallisuus ja välttävät selviytymismenetelmät pystytettiin liittämään kohonneeseen riskiin kokea painajaisia tai kutinaa. Psyykkiset tekijät ja sairaudet vaikuttavat palovamman jälkeiseen toipumiseen.</p>
--	--	---	--	---